Rok XL. Kraków, 24 Sierpnia 1901. Nr 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr August Kwaśnicki

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dr. Rydygiera we Lwowie.

O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego.

Napisał

Dr. M. W. Herman

asystent kliniki.

Wyrostek robaczkowy, narząd szczątkowy, nie posiadający znaczenia fizyologicznego w gospodarce ustroju i ulegający sprawie wstecznej, prawie że z dniem urodzenia się dziecka stać się może przyczyną choroby groźnej a nawet zabójczej z chwilą, w której ulegnie zapaleniu. Narząd ten mszcząc się jakby za podrzędną, czy nijaką rolę, wyznaczoną mu przez przyrodę, bywa punktem wyjścia schorzeń wielorakich, wobec których lekarz, choćby zasobny w wiedzę teoretyczną i praktyczną, staje nierzadko niepewny. Dopiero od paru dziesiątek lat dzięki licznym i wcześnie wykonywanym operacyom, a zatem dzięki chirurgom, owe zawikłane sprawy chorobowe, mianowane dawniej zapaleniem kątnicy i okołokątniczem (*typhlitis, peri- para-typhlitis, phlegmone iliaca etc.*), stały się dla nas zrozumiałemi. Poznaliśmy wreszcie, że w przeważnej liczbie przypadków wszystkie te sprawy chorobowe początek swój biorą z wyrostka robaczkowego. Jednakowoż i dziś jeszcze nie możemy twierdzić z całą stanowczością, że we wszystkich tych przypadkach bez wyjątku cierpienie rozpoczyna się jako *scolecoiditis* (przyjmuję bowiem za Nothnaglem to wyrażenie, jako stanowczo poprawniejsze od utartego *appendicitis*). Różni bowiem i najnowsi autorowie twierdzą, że są przypadki zapalenia samej tylko kątnicy.

Dodaję tu jednak, że trudno mi pojąć, dlaczegoby jelito ślepe, tak samo zbudowane, jak i reszta jelita grubego, miało ulegać łatwiej temu, dokładnie określić się dającemu rodzajowi zapalenia. Z drugiej natomiast strony przyznać należy, że gruźlica i promienica często w kątnicy się usadawiają i że w początkowych okresach cierpienia trudno ustalić rozpoznanie i można je mylnie brać za *scolecoiditis*. Wreszcie pamiętać i o tem należy, że rozmaite ciała obce, połknięte, (ości, szpilki, igły etc.) łatwo mogą ugrzęznąć w kątnicy, przedziurawić jej ściany i wywołać ropień okołokątniczy, a więc obraz chorobowy, bardzo zbliżony do *periscolecoiditis suppurativa saccata*, a jednak od niej różny.

Nowoczesny okres pojmowania i leczenia zapalenia wyrostka robacz. rozpoczyna się około roku 1856, kiedyto Lewis w Ameryce zalecił wczesne nacinanie ropni okołokątniczych. Sprawą tą następnie gorąco zajęli się Pasker i Gauley z New-Yorku. Z Ameryki nowość ta przeniosła się najpierw do Anglii, a stąd potem, ale bardzo powoli, wieść o wczesnem wkraczaniu chirurga w leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego rozszerza się po całej Europie. Szczyt zajęcia się tą sprawą przypada już na nasze i to niedawne czasy i zaznacza się nazwiskami takiemi, jak: Dieulafoy, Jalaguier, Roux, Poirier, Talamon, A. C. Bernays, Beck, Kümmel, Sonnenburg itd. Prócz tego przytoczyćby można całe spisy nazwisk lekarzy, w tym lub w owym kierunku zasłużonych około wyświetlenia pewnych wątpliwości. W rozpowszechnieniu tych pojęć nowoczesnych o zapaleniu wyrostka robaczkowego u nas, zdają się mieć, co najmniej główną zasługę nasze zjazdy chirurgiczne. Na wstępie bowiem pierwszej pracy, jaka się u nas już w tym nowym okresie pojawiła w r. 1895, pisze Doc. J. Ziemacki[1]) z Charkowa: „W dniu 26 lipca roku zeszłego (tj. 1894) przy zamknięciu posiedzeń sekcyi chirurgicznej VII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, podał Prof. Rydygier za temat do obrad na VIII Zjeździe chirurgów polskich kwestyę chirurgicznego leczenia *paratyphlitis i peritonitis perforativa*. Sprawa ta bardzo na dobie etc.". Wezwanie to nie pozostało bez odpowiedzi, gdyż rzeczywiście na VIII Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie wygłosił Rutkowski wykład p. t.: „Uwagi nad przypadkami ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego, operowanymi w oddziale chirurgicznym Prof. Obalińskiego". Dyskusya, jaka nad wykładem tym się rozwinęła, ujawniła przewidywaną zresztą różność zdań i poglądów. Zabierali głos Rydygier, Ziembicki, Bossowski, Kryński, Surzycki, Klecki i Drobnik i nie było choćby dwóch zdań, któreby się godziły czy to w sprawie podziału klinicznego różnych postaci tej choroby, czy też wskazań do zabiegów operacyjnych. W roku następnym (1897) pojawia się praca z oddziału Prof. Pareńskiego[2]), występująca, i słusznie, przeciw bezkrytycznemu oddawaniu chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego leczeniu chirurgicznemu. W roku 1898 spotykamy w naszem piśmiennictwie już kilka rozpraw. N. p. Borsuk[3]) opisuje przypadek zapalenia zgorzelinowego wyrostka robaczkowego w przepuklinie pachwinowej prawej. Zupełnie podobne spostrzeżenie ogłosił przedtem jeszcze Ziembicki[4]), znalazłszy zgorzelinowy wyrostek robaczkowy w przepuklinie (rzekomo!) uwięzłej, pomimo że uwięzła pętla kiszki żadnych zmian patologicznych nie przedstawiała. Na jedno z rzadszych następstw zapalenia wyrostka robaczkowego zwrócił uwagę T. Solman[5]), mówiąc o zaciśnieniu jelita biodrowego wyrostkiem robaczkowym, a Schramm w grudniu 1898 na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego omawiał tę sprawę obszerniej na podstawie własnych kilkunastu przypadków. Liczniejsze już prace z r. 1899 świadczą, że sprawa zapaleń wyrostka robaczkowego i ich nowszego leczenia większe budzi u naszych lekarzy zajęcie. Znajdujemy bo-

*) Według wykładu na IX Zjeździe chir. polskich w Krakowie.

[1]) Uwagi o udziale chirurgii w *paratyphlitis, peritonitis perforativa*. (Przegląd lek. r. 1895 Nr 47).

[2]) Dr. E. Stahr. Kilka luźnych uwag o zapaleniu wyrostka robaczkowego i t. d. (Przegląd lekarski 1897 Nr. 16 i 17).

[3]) Zapalenie wyrostka robaczkowego i kiszki ślepej w worku przepukliny. (Pam. Tow. lek. warszaw. 1898 Z. I).

[4]) Zgorzel wyrostka robaczkowego w uwięzniętej przepuklinie. (Przegląd lek. 1894 Nr. 27).

[5]) Pam. Tow. lek. Warsz. 1898 Z. IV.

wiem prócz referatu Rydygiera[6]), przedstawionego IX Zjazdowi chirurgów naszych i dyskusyi w tej sprawie, (w której przemawiają: Wehr, Bającz, Bogdanik, Bossowski, Schram, Trzebicky, Kryński, Jaworski i Rutkowki), wykład Kleckiego[7]); przypadek Arnsteina i Troczewskiego[8]) p t.: „*Appendicitis. Perforatio appendicis. Peritonitis purulenta diffusa. Laparotomia.* Wyzdrowienie“; demonstracyę Dra Droby[9]) w Tow. lek. krak., dotycząca chorego z przedziurawieniem wyrostka i ogólnem zapaleniem otrzewnej, w którym to przypadku po wycięciu wyrostka i osączkowaniu jamy brzusznej nastąpiło wyzdrowienie. Dalej w tymże roku pisze Grünbaum[10]) „O 35 przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego“, z których 30 operował. Majewski[11]) zwraca uwagę na inne powikłania, mogące towarzyszyć temu cierpieniu. Rutkowski[12]) na posiedzeniu Tow. lek. krakowskiego z dn. $^{17}/_{4}$ 1899 przedstawił znów dwóch chorych, u których usunął wyrostek robaczkowy.

Rok 1900 wyróżnia się korzystnie wyczerpującym wykładem Krajewskiego[13]) w Tow. lek. warszaw., wykładem, opartym na materyale, jak na nasze stosunki wyjątkowo obfitym, gdyż obejmującym ogółem 230 przypadków, z których 125 operowano. Obszerna dyskusya przez parę z rzędu posiedzeń świadczy najlepiej o doniosłości sprawy. Prócz tego mamy z tego roku kilka kazuistycznych spostrzeżeń, jak Stankiewicza[14]) „Przedstawienie niezwykłego okazu wyrostka robaczkowego“, Barącza[15]) „Demonstracya wyrostka robaczkowego“, Rydygiera[16]) „Demonstracya ciekawego wyrostka robaczkowego“, Mieczkowskiego[17]) „O przetoce między pęcherzem a wyrostkiem robaczkowym i t. d.“. Nadto ogłoszono dwie obszerniejsze rozprawki, jedna A. Troczewskiego[18]) „Przyczynek do sprawy leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego“, druga Br. Malewskiego[19]): „Przypadek śmiertelnych krwotoków kiszkowych w przebiegu zapalenia okołokątniczego“. Przejrzawszy pobieżnie piśmiennictwo nasze z bieżącego roku znalazłem dwie demonstracye w Tow. lek. warszawskiem, jedną Krajewskiego[20]), drugą Szteynera[21]).

Nie brak i nam oczywiście spostrzeżeń kazuistycznych z przed tej najnowszej ery. Nie widzę jednak powodu, dla którego wartoby je tu uwzględnić.

Piśmiennictwo nasze, porównane co do ilości z zagranicznem, jest jakoby kroplą w morzu. G. M. Edebols zestawił np. do r. 1898 przeszło 2500 rozpraw, wyłącznie odnoszących się do zapalenia wyrostka robaczkowego. A wiele ich po r. 1898 ogłoszono! Nasze jednak piśmiennictwo, skromne liczbą, wyczerpuje sprawę dokładnie i wszechstronnie. Prócz wykładów Kleckiego, Rydygiera i Krajewskiego, obejmujących cały przedmiot, mamy wiele spostrzeżeń kazuistycznych, zaokrąglających całość i rzeźbiących szczegóły. A w dodatku ma nasze piśmiennictwo tę zaletę przed obcem, że nie znać w niem tego rzucania się z jednej ostateczności w drugą, lecz odrazu autorowie nasi zajmują stanowisko umiarkowane, na które teraz dopiero powoli przechodzą najbardziej skrajni chirurdzy amerykańscy i francuscy. Do jednomyślności jeszcze jednak bardzo daleko, czego najlepszym dowodem wykłady i dyskusya na ostatniem posiedzeniu 30-tego Zjazdu chirurgów niemieckich, gdzie wygłaszano zdania zasadniczo sobie przeciwne i gdzie znów pojawiła się dążność do jaknajwcześniejszego operowania zapaleń wyrostka robaczkowego. Ta okoliczność niechaj usprawiedliwi niniejszy wykład, który wygłaszam nie w chęci prostowania dróg, lecz z zamiarem wywołania dyskusyi; oparta na różnym materyale, najłatwiej jeszcze może ona przyczynić się do wyjaśnienia zagadnień wątpliwych. Nadto spotkała mię życzliwa zachęta ze strony mego Szefa, Radcy Dworu Prof. Rydygiera, który odstąpiwszy mi materyał ze swej kliniki i praktyki prywatnej, dał tem samem podwaliny dla tej pracy. Za jedno i drugie serdecznie mu dziękuję.

Zdaje mi się, że dotychczasowe badania i spostrzeżenia kliniczne najbardziej przemawiają za tem, że zapalenie wyrostka robaczkowego, to choroba zakaźna (Gołubow, Legueu). Nie uwzględniam wcale zapaleń przewlekłych, gruźliczych lub promieniczych. Ostre zapalenie migdałków to jej pierwowzór. Nawet wielka ilość tkanki limfoidalnej, a zwłaszcza obecność mieszków limfatycznych w błonie podśluzowej wyrostka, anatomicznie przypomina utkanie migdałka. Skutkiem zakażenia bakteryami (paciorkowce, gronkowce) następuje obrzęk błony śluzowej, który zwężając, a nawet zamykając przewód wyrostka robaczkowego, tworzy z niego „cavité close“. W zamkniętej jamie obojętne dotychczas prątki okrężnicze nabierają wybitnych własności chorobotwórczych i wespół z tamtymi rozpoczynają swe szkodliwe działanie. Współudział w etyologii sprawy chorobowej kamyków kałowych i innych ciał obcych, spotykanych przypadkowo i wyjątkowo w samym wyrostku lub w ropie, gromadzącej się w jego otoczeniu po przedziurawieniu ścian, zdaje się być bardzo nieznaczny, w każdym razie nie zasadniczy. Ciała owe odgrywać mogą tylko rolę czynników usposabiających przez to, że drażniąc przewlekle błonę śluzową wyrostka, lub wywołując na niej odleżyny, lub wreszcie ułatwiając przy zadziałaniu urazu powstawanie w niej szczelin i ubytków, sprawiają, że wyrostek staje się miejscem mniejszej odporności. Nadto wcale liczne spostrzeżenia pozwalają nam domyślać się, że zwłaszcza t. z. kamyki kałowe przyspieszają proces przedziurawienia ścian.

Ze wspomnianymi współzawodniczą inne jeszcze czynniki, które możemy brać w rachubę mówiąc o etyologii zapalenia wyrostka robaczkowego. Wszyscy stwierdzamy, że sprawa ta u mężczyzn jest nierównie częstszą, niż u kobiet. Na wytłómaczenie tego zjawiska znaleziono, że gdy u mężczyzn ściany wyrostka odżywia prawie wyłącznie jedna, jedyna tętniczka *(art. appendicularis)* i to końcowa, gdyż gałązki tętnicze, przechodzące na wyrostek z kątnicy, są bardzo drobne, nieliczne i niedostateczne i nie mają połączeń z tętniczką wyrostkową, to u kobiet tenże wyrostek wyposażonym został jeszcze w drugą tętniczkę na wyłączny swój użytek, tj. w tętniczkę, przebiegającą w więzadle między wyrostkiem a jajnikiem. Zatem to lepsze odżywienie ścian wyrostka robaczkowego u kobiet wystarcza, aby sprawy zapalne u nich o wiele rzadziej występowały. Następnie zauważono, że zapalenie wyrostka w niektórych rodzinach pojawia się niejako dziedzicznie. A że nie można samej tej choroby jako ostrej i zakaźnej dziedziczyć, zgodzić się mu-

[6]) O leczeniu zapaleń wyrostka robaczkowego. (Przegląd lekar. 1899. Nr. 38).
[7]) O etyologii i patogenezie zapaleń wyrostka robaczkowego (Sprawozdanie Droby z IX Zj. chir. polskich. Przegląd lekarski 1899. Nr. 30).
[8]) Czasop. lek łódzkie 1899 Nr. 2 i 4.
[9]) Przegl. lek. 1899 Nr. 17.
[10]) Gazeta lekarska 1899 str. 322 i n.
[11]) Zapalenie kątnicy i okołokątnicze, ropnie wątroby, ropień podprzeponowy. (Kronika lek. 1899 str. 1198).
[12]) Przegl. lek. 1899 Nr. 26.
[13]) *Perityphlitis.* (Pam. Tow. lek. Warszaw. 1900 Z. II).
[14]) Pam. Tow. lek. Warszaw. 1900. Pos. $^{2}/_{10}$.
[15]) Tow. lek. lwow. Posiedz. z $^{11}/_{5}$ 1900.
[16]) Dziennik IX Zj. lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.
[17]) Tamże.
[18]) Gazeta lek. 1900 Nr. 27 i n.
[19]) Gazeta lekarska 1900 Nr. 29.
[20]) Posiedz. Tow. lek. Warszaw. z $^{15}/_{1}$ 1901.
[21]) Posiedz. Tow. lek. Warszaw. z $^{26}/_{2}$ 1901.

simy, że dziedziczą się tylko pewne stosunki, czy zmiany anatomiczne, które w danych warunkach usposabiają do tego cierpienia. Te zaś odziedziczone stosunki anatomiczne wyobrazić sobie można albo jako bardzo obficie rozwiniętą tkankę limfoidalną, albo jako niezwykle wązkie światło wyrostka, lub wreszcie jako niebywałą jego długość, lub szczególnie niekorzystne uczepienie się do kiszki ślepej. Boć wiadomo, że wyrostek robaczkowy nie odchodzi stale z jednego i tego samego miejsca kątnicy. W końcu pamiętać należy i o tem, że wyrostek wraz z kiszką ślepą może być przemieszczony w zupełnie niezwykłe miejsce, co też nie będzie rzeczą obojętną. Raz jeszcze chciałbym zwrócić uwagę, że rola ciał obcych w zapaleniu wyrostka zdaje się być przesądem, dziś tak przestarzałym, jak i nazwa „*typhlitis*". Doświadczenia na zwierzętach wykazały, że dzięki ruchom robaczkowym wszelkie ciała obce zostają z wyrostka wydalone do jelita grubego, co ze względu na obecność dwóch a względnie trzech pokładów włókien mięsnych gładkich w wyrostku robaczkowym u ludzi jest również i u nich możliwem, prawie pewnem. Te same zaś doświadczenia na zwierzętach wykazały, jak ważnem jest w etyologii zapalenia wyrostka zwężenie jego przewodu — Jedne i drugie doświadczenia mają liczne pokrewne w patologii doświadczalnej zapaleń pęcherza moczowego i woreczka żółciowego.

Spowodowane zapaleniem zmiany anatomiczne mogą być bardzo różne. Nie umiemy jednak dokładnie odpowiedzieć, dlaczego raz sprawa ogranicza się do zmian nieżytowych, czemu kiedyindziej powstaje szybko i gwałtownie zgorzel całego wyrostka. Współdziałać tu musi kilka czynników: stopień, siła zakażenia, oraz szczególne jakieś, czysto indywidualne stosunki w budowie anatomicznej wyrostka robaczkowego.

Sprawa zapalna ograniczać się może do zmian nieżytowych samej błony śluzowej, niszcząc tylko jej nabłonek (*endoscolecoiditis catarrhalis*), lub też powstają powierzchowne ubytki i owrzodzenia, nie sięgające jednak głębiej, niż do błony podśluzowej (*endoscolecoiditis ulcerosa*). Nierzadko jednak sprawa zapalna sięga głębiej i zajmuje całą grubość ścian wyrostka (*scolecoiditis interstitialis*). Teraz dopiero zmiany w wspomnianem naczyńku tętniczem rozstrzygają o dalszym przebiegu. Gdy krążenie w tętniczce (*arteria appendicularis*) nie ulegnie zaburzeniu, lub ściślej mówiąc, gdy w głównym pniu lub jego rozgałęzieniach nie potworzą się zakrzepy, zapalenie zakaźne nie przechodzi poza surowiczą osłonkę wyrostka, która tylko ulegając chemicznemu podrażnieniu (jadami) pokrywa się wysiękiem surowiczowłóknikowym, jałowym pod względem bakteryologicznym i sprowadzającym co najwyżej luźne zlepy z sąsiedniemi pętlami jelit. Gdy jednak równocześnie ulegnie zaczopowaniu światło tętniczki wyrostkowej, następują zmiany o wiele wybitniejsze i odpowiednio groźniejsze dla chorego.

Gdy skutkiem zakrzepu w pniu głównym ustaje dowóz krwi tętniczej do całego wyrostka, ulega on w całości zgorzeli (*scolecoiditis gangraenosa*); gdy ta sama sprawa powstanie w jakiejś gałązce bocznej owej tętniczki, zgorzeli ulegnie tylko odpowiednia część ściany wyrostka i w tem tylko miejscu powstanie otwór (*scolecoiditis perforativa*). Znaczenie bezpośrednie tych dwóch ostatnich zmian dla ustroju będzie różnem, zależnie od tego, czy sprawa zgorzelinowa postępowała gwałtownie, czy też powolnie. Gdyż w pierwszym razie przedziurawiony wyrostek wylewa swą zakaźną w wysokim stopniu treść do jamy brzusznej i zakaża całą otrzewnę, w drugim albo na otrzewnej, poprzednio podrażnionej chemicznemi wytworami bakteryj, potworzyły się zlepy, odgraniczające niejako zapobiegawczo, ochronnie część jamy otrzewnej, oddanej na pastwę zakażeniu, dla ocalenia reszty, — lub też wyrostek przyrasta miejscem zgorzelinowem do otrzewnej ściennej i wylewa swą zawartość zaotrzewnowo, — lub wreszcie przylepia się do któregoś z sąsiednich narządów (pętli jelita, pęcherza, odbytnicy, macicy, pochwy itp.) i za pośrednictwem owego narządu pozbywa się swej zawartości. Tym sposobem wzniecone jakieś ognisko zaotrzewnowe niezawsze pozostaje ograniczonem; — przeciwnie — niekiedy szerzy się, a szerzyć się może we wszystkich kierunkach. Raz więc opuszcza się w dół do miednicy i niespodziewanie okazuje się w okolicy rzyci, niby przetoka odbytu [22]). Kiedyindziej szerzy się w odwrotnym kierunku i raz przedstawia się jako ropień lędźwiowy, to znów jako ropień okołonerkowy lub podprzeponowy. Z pod przepony, przebiwszy ją, ropa przedostaje się do jamy opłucnej, wznieca tu zapalenie opłucnej, przebija płuco i chory odkrztusza ropę cuchnącą i posokowatą, której źródłem zapalenie wyrostka robaczkowego. Wreszcie dziać się może tak, że ropienie pozaotrzewnowe trwa niby w jednem miejscu, lecz powoli zajmuje ścianki żyły biodrowej, lub żyły głównej dolnej, i albo powstaje z naczyń tych gwałtowny krwotok, lub też w świetle naczynia powstaje zakrzep, który ulega zakażeniu, rozpada się, a cząstki zakażone prąd krwi unosi dalej; chory ginie wówczas wśród objawów ropnicy, (która się wtedy czasami nazywa „*pyaemia cryptogenetica*"!) — a sekcya stwierdza ropnie w wątrobie, śledzionie, nerkach i t. d.

W wyjątkowych przypadkach cała sprawa przedziurawienia wyrostka odbywa się niejako podstępnie i chyłkiem. Chory wcale nie wie o tem, że w jego wyrostku robaczkowym toczyła się sprawa zapalna, że wyrostek ten miejscem zgorzelinowem przyrósł do jelita lub pęcherza i tam powstało przedziurawienie, i zgłasza się do nas ze zmianami oddawna już dokonanemi, a zgłasza się, bo mu zawadza guz w brzuchu [23]), albo dokuczają mu przypadłości ze strony pęcherza, lub coś podobnego.

Nieżytowe zapalenie wyrostka może ustąpić, nie pozostawiając po sobie żadnych zmian, a gdy los zdarzy, że człowiek, raz taką postacią tego cierpienia dotknięty, już drugi raz w życiu nie ulegnie zakażeniu, zapomni po jednym napadzie, że wogóle ma wyrostek robaczkowy. Następna postać: zapalenie z owrzodzeniem (*endoscolecoiditis ulcerosa*) niezawsze tak przebiega. Gdy owrzodzenie było małe, może się zabliźnić bez śladu, — stosunki anatomiczne wracają do stanu prawidłowego. Jeżeli jednak wrzód był większy, większa po nim blizna może wywoływać zboczenia w przebiegu i rozmiarach przewodu wyrostka, pozostają trwałe zmiany, tak jak i po zapaleniu śródściennem (*scolecoiditis interstitialis*), które jużto stale podtrzymują stan zapalny, od czasu do czasu wybuchający tylko żywszym płomieniem, lub też na całe życie wytwarzają się takie warunki, wśród których lada sposobność wystarczy, aby dopieroco uspokojony napad ostry na nowo wywołać. Są też w tej postaci śródściennej inne

[22]) Por. spostrz.: XXIV.
[23]) Por. spostrz.: XXX.

źródła, skąd płyną różne dolegliwości dla chorych. Jak w czasie rewolucyi znoszą na barykady wszystko, co kto znajdzie pod ręką, tak i w tej postaci zapalenia wyrostka, gdy zakażenie drobnoustrojami ma spaść tuż — tuż na nieosłoniętą jamę brzuszną, odgradza się ona, czem może. Pętle jelitowe zrastają się nietylko między sobą, ale przyrastają i do ścian miednicy i powłok brzusznych i stąd wynika znaczne upośledzenie ruchów robaczkowych. Lub też do osłony użytą zostaje sieć wielka. Przyrósłszy gdzieś do miednicy, pociąga ona jednak znów żołądek, ściąga poprzecznicę i sprawia tysiące różnych przypadłości, które nie ustępują nawet .... w Karlsbadzie [24]). (Ciąg dalszy nastąpi).

II. O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych.

Podał

Dr. S. Ruff

asystent kliniki chirurgicznej we Lwowie

Wykład na XI. Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie, dnia 15. lipca 1901. r.

Teorya urazowego pochodzenia nowotworów jest tak stara, jak poszukiwania nad ich etyologią, a może i starsza, gdyż z ust chorych zawsze prawie słyszymy, że pierwszym bodźcem do powstania nowotworów był uraz, mniej lub więcej silny. Ale pomijając wszystkie bałamutne podania dawnych czasów znajdziemy, że w pierwszej połowie ubiegłego wieku Velpeau, a za nim Verneuil, tłómaczyli sobie powstawanie nowotworów, szczególniej zaś raka w ten sposób, że przez zadziałanie urazu powstaje wybroczyna krwi, a ta później — pod wpływem nieznanych bodźców — organizuje się w nowotwór. Nie brak też w tym czasie i prac doświadczalnych. Schröder van der Kolk w r. 1847 [1]) po przecięciu nerwów udowych łamał zwierzęciu udo i spostrzegał nie tworzenie się kostniny, ale bujanie młodej tkanki łącznej, zbliżonej bardzo do utkania mięsaka. Tłómaczy się to w ten sposób, że wskutek przecięcia nerwów usunięty został wpływ regulacyjny systemu nerwowego i odradzanie tkanki nie odbyło się prawidłowym trybem.

Virchow wskazał w r. 1863. wbrew teoryi zarodkowej Cohnheima na związek bodźców zewnętrznych, czy to zapalnych, czy też urazowych z powstawaniem nowotworów, a Waldeyer wyraża się już bardzo stanowczo: „Dass Carcinome nicht selten auf einfach entzündliche Reize, wie Traumen, entstehen, ist bekannt. Auf traumatische Einwirkungen reagirt immer zunächst das Bindegewebe, später, bei der narbigen Schrumpfung, gewöhnlich erst nach 1—2 Jahren, entwickelt sich das Carcinom.“

Billroth uważał uraz za przyczynę tylko przypadkową, a główną wagę przywiązywał do ogólnego usposobienia do nowotworów, Lücke przyjmował istnienie usposobienia miejscowego, bez którego żaden uraz nie może wywołać nowotworu i t. d.

Sprawa budziła zajęcie raczej teoretyczne, niż praktyczne, i z rozmaitych stron padały najrozmaitsze przypuszczenia i zapatrywania, które ostatecznie nie doprowadziły do żadnych stanowczych wyników.

Obecnie jednak wskutek rozwoju przemysłu i idącej z tem w parze sprawy ubezpieczenia robotników od wypadków sprawa ta nabrała też znaczenia praktycznego i dziś w krajach przemysłowych bardzo często lekarz sądowy spotyka się z pytaniem, czy w danym przyypadku uraz mógł być przyczyną powstałego nowotworu. Sumienna odpowiedź na to pytanie jest istotnie bardzo trudna, a wszakże od tej odpowiedzi zależy nieraz los całych rodzin. Dlatego z wielką ochotą przyjęto w Niemczech na zjeździe chirurgów niemieckich w 1899 wezwanie Büngnera, żeby zapomocą dokładnych zestawień i publicznych rozpraw rzucić światło na tę sprawę — i dziś już posiadamy cały szereg prac z różnych klinik i szpitali niemieckich, rozprawy na ten temat odbywają się na zjazdach i zebraniach lekarzy, i jest nadzieja, że może uda się w przyszłości uchylić bodaj rąbek zasłony, kryjącej tę trudną zagadkę.

Zadaniem niniejszej pracy nie jest wcale rozwiązanie zagadnienia, czy uraz jest wyłączną i jedyną przyczyną nowotworów, w szczególności złośliwych, nie chodzi mi też w tej chwili o obalenie lub potwierdzenie teoryi pasorzytniczej lub teoryi Cohnheima. Mam na oku głównie cel praktyczny. Chodzi mi o wykazanie, że uraz, i to uraz w znaczeniu klinicznem, może być w pewnej liczbie przypadków bezpośrednią przyczyną powstania nowotworu, a przynajmniej jedną z przyczyn, nie najpośledniejszą. Zadanie to jest tem ważniejsze, że jeszcze przed kilku dniami wyczytałem w „Przeglądzie lekarskim“ wprost przeciwne zdanie tak wybitnego znawcy sądowego, jak prof. Wachholz.

A więc naprzód teoretyczne rozpatrzenie sprawy. Przypominam przedewszystkiem powszechnie stwierdzony i przyjęty fakt powstawania nowotworów w bliznach. Wiemy oddawna, że z wrzodu żołądka często rozwija się rak. Wiemy dalej, że bardzo często powstają raki woreczka żółciowego u osób, dotkniętych kamicą żółciową. Wiemy też, że nierzadko wskutek urazu nowotwór łagodny przeradza się w złośliwy; — odnosi się to głównie do znamion barwikowych (*naevus pigmentosus*). Przypominam dalej częste pojawianie się raków w okolicy wszystkich fizyologicznych otworów ciała ludzkiego, a więc w miejscach najczęściej wystawionych na działanie bodźców zewnętrznych. Wspomnę o raku wargi dolnej u palących fajkę, o powstawaniu raka w bliźnie po wilku, o częstości nowotworu części rodnych u prostytutek (Kühn), o zwyrodnieniu nowotworowem jąder, zatrzymanych w kanale pachwinowym (Godard). Wspomnę wreszcie o tak zwanej chorobie górskiej (Bergkrankheit) u robotników, pracujących w kopalniach gór śnieżnych (Schneeberg). Jestto mięsak (*lymphosarcoma*) gruczołów oskrzelowych, a podlegają tej chorobie i giną na nią wszyscy pracujący tam robotnicy, o ile przedtem nie ulegną jakiemu wypadkowi. Przyczyną tej choroby jest ustawiczne działanie pyłu arsenowego, który dostając się do płuc drażni zarazem mechanicznie i chemicznie pęcherzyki płucne, a stąd dostaje się do gruczołów oskrzelowych i w końcu wywołuje powstanie mięsaka w gruczole oskrzelowym, a w następstwie przerzuty w innych gruczołach [1]). — Dla dokładności wspomnę

[24]) Porównaj spostrzeżenie XX.

[1]) Przyt. u Virchowa: Die krankhaften Geschwülste.

[1]) Hesse i Härting: Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin Tom. 30 i 31. przyt. u Loewenthala.

jeszcze o raku moszen u kominiarzy, o raku przedramienia i dłoni u robotników, zatrudnionych przy fabrykacyi parafiny, o raku pęcherza u robotników w fabrykach fuksyny, i t. d. i t. d. — wszystko niewątpliwie stwierdzone fakta, które z pewną koniecznością naprowadzają nas na domysł, że jednak w tych przypadkach działanie pewnej przyczyny zewnętrznej, — nie w ustroju ludzkim leżącej, — ma stanowczo wpływ na powstanie nowotworów. Czy tą przyczyną są zmiany zapalne, czy uraz jednorazowy, gwałtowny, czy też tak zwany uraz przewlekły, czyli stałe działanie drobnych, często się powtarzających urazów, to jest rzecz podrzędnej wagi, różnica jest tu tylko ilościowa, a mechanizm działania jednaki.

Brosch (Virchow's Archiv. 1900) tłómaczy sobie związek przyczynowy między zadziałaniem urazu a powstaniem nowotworu w następujący sposób: Weźmy za przykład mięsaki. Nowotwory te składają się z tkanki łącznej młodej, znajdującej się w pierwszych okresach rozwoju, obdarzonej niezwykle żywą zdolnością rozrostu. Takiej tkanki w ustroju zupełnie rozwiniętego i zdrowego człowieka nie ma. Istnieje ona tam, gdzie są sprawy zapalne, owrzodzenia, lub gojące się rany. Ażeby mięsak mógł powstać, trzeba, żeby gdzieś w ustroju istniała młoda tkanka łączna, jako materyał, z którego mięsak może się wytworzyć, zatem musi jakiś bodziec zewnętrzny (uraz, zapalenie) wywołać powstanie tkanki ziarninowej. Ta młoda tkanka ziarninowa może wskutek jakiejś przyczyny uledz zwyrodnieniu, które objawia się w ten sposób, że komórki tej tkanki nie przechodzą całej prawidłowej skali rozwoju od komórki okrągłej do włókienka tkanki łącznej, ale pozostają na niższym stopniu rozwoju, jako komórki okrągłe lub wrzecionowate. Dalszym objawem tego zwyrodnienia jest to, że komórki te ulegają zmianom wstecznym, które doprowadzają do rozpadania się nowotworu.

Za przyczynę, prowadzącą do tego zwyrodnienia, uważa Brosch uraz i mechanizm powstawania nowotworu przedstawia tak: uraz — proces twórczy — drugi uraz — bujanie nowotworowe.

Obrazowo schemat ten przedstawia się w następujący sposób: Na jakąś tkankę zadziałał uraz. Następstwem tego urazu jest zniszczenie pewnej ilości komórek. Wiadomo, że tam, gdzie pewna ilość komórek została zniszczoną, powstaje sprawa twórcza, która ma ubytek wyrównać, żywe bujanie komórek, obdarzonych niezwykłą zdolnością proliferacyjną, o wiele silniejszą, aniżeli przy zwykłem odradzaniu się zużytych fizyologicznie komórek. Wśród tego bujania jakaś przyczyna — według Brosch'a uraz — wywołuje zwyrodnienie owych komórek w wyżej opisanym kierunku i w końcu powstaje nowotwór. Zatem według Broscha do powstania nowotworu potrzeba dwukrotnego urazu w to samo miejsce. Jednakże jeden z tych urazów może być tak nieznaczny, że klinicznie nie przedstawia się jako taki, i w ten sposób tłómaczą się te przypadki, gdzie przedmiotowo da się stwierdzić tylko jeden uraz. Czy w miejscu urazu rozwinie się rak, czy mięsak, zależy jedynie od tego, czy wskutek urazu pobudzone zostaną do bujania komórki nabłonkowe, czy też komórki tkanki łącznej, zatem czy uraz trafi na powłokę nabłonkową (w bliznach najczęściej powstaje rak), czy też na tkanki głębsze (mięśnie, ścięgna, kości). Ogólnie można powiedzieć, że uraz, połączony ze zniszczeniem powłoki nabłonkowej, wywoła raka, uraz bez zniszczenia powłoki wywoła mięsaka. Tem się też tłómaczy, dlaczego rak rozwija się przeważnie u ludzi starych, mięsak zaś u młodych. Rak rozwija się w następstwie lekkich, powierzchownych urazów, mięsak wskutek głęboko sięgających silnych wstrząśnień, wskutek skoku, uderzenia, złamania i t. p. Tym ostatnim urazom z natury rzeczy najczęściej podlegają osobniki młode. Jeżeli zaś i stary osobnik ulegnie urazowi tego rodzaju, to i u bardzo starych ludzi mięsaki mogą się wytworzyć. Na poparcie swoich zapatrywań przytacza Brosch cały szereg historyj chorób, i jakkolwiek praca jego grzeszy jednostronnością i małym zasobem krytycyzmu, nie można jego poglądom odmówić równego uprawnienia, jak wszystkim innym przypuszczeniom o etyologii nowotworów złośliwych.

Zatrzymałem się nieco dłużej na zapatrywaniach Broscha dlatego, że jest to najnowsza, najzupełniejsza i najskrajniejsza ze wszystkich teoryi urazowego pochodzenia nowotworów. O innych teoryach nie wspominam; są one dostatecznie znane. Przejdę natomiast do statystyki i kazuistyki, zapomocą których spróbuję wykazać, że to, co Brosch i inni podnoszą do wysokości tezy, można będzie uznać za względnie uprawnione zdanie, mianowicie, że uraz można w pewnych warunkach i z pewnemi ściśle określonemi zastrzeżeniami, które poniżej podam, uważać za przyczynę nowotworów złośliwych.

Przechodząc do statystyki, korzystam naprzód z największego, jakie dotychczas mamy, zestawienia Loewenthala[1]) z zakładu patologicznego w Monachium, obejmującego 800 przypadków, w których uraz niewątpliwie poprzedzał powstanie nowotworu. Jeżeli się przyjrzymy temu zestawieniu, to uderza nas przedewszystkiem okoliczność, że z 358 raków przypada na głowę 103 przypadków, zaś na kończyny dolne 26. Natomiast z 316 mięsaków przypada na głowę 24, a na kończyny dolne 103. Stosunek zatem jest wprost odwrotny, a tłómaczy się to tem, że właśnie kończyny dolne są najbardziej narażone na silne, gwałtowne urazy, podczas gdy głowa, w szczególności zaś twarz, nos i usta, jako stale odsłonięte, podlegają powierzchownie działającym wpływom atmosferycznym i nieznacznym, ale zato często powtarzającym się urazom mechanicznym.

Co się tyczy stosunku odsetkowego nowotworów, odnoszonych do urazu, to mamy bardzo dokładną statystykę raków sutka; mianowicie Winiwarter na 170 przypadków, 12 czyli 7·06% odnosi do urazu, jako możliwej przyczyny, Oldekop z kliniki kilońskiej na 250: 18, czyli 7·2%, Henry na 196 przypadków kliniki wrocławskiej 33, czyli 16·8%, Fischer z Zurychu tylko 1·6%, natomiast Snow z londyńskiego szpitala rakowego aż 30·7%, a Estlander 25·4%, wreszcie Schulthess 3·8%. Razem wziąwszy otrzymamy na 934 przypadków 125 pochodzenia urazowego, czyli przeciętnie 13·4%. Liczby te musimy przyjąć z pewnemi zastrzeżeniami. Mianowicie największe zaufanie budzą te zestawienia, które wykazują niski odsetek przypadków urazowych. Autorowie, którzy otrzymali wyższy odsetek, zawdzięczają to tej okoliczności, że bezkrytycznie przyjmowali podania chorych. Zobaczymy dalej, że nowsze zestawienia, w których przypadki były spostrzegane ściśle, nie zawierają ponad 2—3% nowotworów pochodzenia nie-

[1]) Loewenthal: Ueber die traumatische Entstehung der Geschwülste. Archiv f. klinische Chirurgie Tom 49.

wątpliwie urazowego. Posiadamy dalej dość wielką statystykę mięsaków. I tak: Wolff na 100 przypadków mięsaka 20 odnosi do urazu, Liebe z kliniki strasburskiej na 42 tylko 3, czyli 7·1%, Wild na 423 mięsaków w 15 przypadkach wykazał jednorazowy gwałtowny uraz, jako przyczynę, zatem 3·5%, Kirchner na 76 przypadków wykazuje aż 10, czyli 13·1%, wreszcie Mertz na 65 przypadków 13, czyli 20%.

W nowszych pracach zapatrywano się na tę sprawę krytyczniej i przyjęto za podstawę zastrzeżenia, które podał Thiem w swoim „Handbuch der Unfallheilkunde“, i tylko te prace mają dla nas rzeczywistą wartość. Zastrzeżenia Thiema są następujące: 1) Należy niewątpliwie wykazać, że nowotwór nie istniał przed urazem; 2) nowotwór musi znajdować się w miejscu urazu, lub w najbliższem jego sąsiedztwie; 3) między urazem a powstaniem nowotworu nie może upływać czas dłuższy, niż 2—3 lat. Jeżeli z temi zastrzeżeniami będziemy zapatrywali się na powyższe liczby, to odsetek przypadków urazowych zmaleje do 2, najwyżej do 3 od sta. Tej też liczbie odpowiadają wyniki prac, ogłoszonych w ostatnich dwóch latach w myśl wniosku Büngnera, a mianowicie Machola z kliniki strasburskiej (2·6%), Lengnicka z kliniki królewieckiej (2·07%), Kempffa z Getyngi (2·5%), Würza z Tybingi (2·66%). Tej też liczbie odpowiadają wyniki naszych poszukiwań na materyale kliniki chirurgicznej lwowskiej. Sprawą urazowego pochodzenia nowotworów złośliwych zajmujemy się od szeregu lat i bacznie w tym kierunku śledzimy. Na 242 przypadków nowotworów złośliwych (raków i mięsaków), spostrzeganych w ostatnich 4 latach, znaleźliśmy 10 takich, w których uraz niewątpliwie był przyczyną, a nadto 13 przypadków wątpliwych, których też tu nie wliczam. Odsetek tedy wynosi 4·1%.

Przypadki te rozdzielają się w następujący sposób: kobiet 3, mężczyzn 7. Raków 2, mięsaków 8. Co do usadowienia: Mięsaków kończyn dolnych 4, kończyn górnych 3, głowy 1; rak jeden znachodził się na kończynie dolnej, drugi na policzku.

Największa zatem liczba nowotworów urazowych przypada na mężczyzn i na kończyny dolne. Jeżeli teraz z tem porównamy ogólną częstość nowotworów na kończynach (według zestawienia Heimanna[1]) z szpitali i klinik pruskich z r. 1895 i 1896 na 20.094 przypadków raka tylko 124 raków kończyn dolnych, a 83 kończyn górnych), to uderza nas ten sam odwrotny stosunek, który widzieliśmy wyżej w zestawieniu Loewenthala. I tutaj najprościej tłómaczy się to zjawisko tem, że kończyny dolne najbardziej narażone są na urazy, i że właśnie te przypadki, w których przyczyną był uraz, najczęściej znajdują się i tam, gdzie uraz najczęściej się wydarza.

Przechodząc teraz do kazuistyki, to zarówno nasze, jak i ogłoszone przez innych autorów przypadki są tak przekonywujące, że istotnie trzeba całego krytycyzmu, żeby nie popaść w ostateczność, jak to się np. zdarzyło Broschowi. Nie będę przytaczał całego szeregu historyj chorób, wymienię tylko pokrótce kilka wybitniejszych. I tak ze zbioru Loewenthala Nr. 341. 1) Tkacz 62-letni uderzył się siekierą w podudzie. Po 5 latach znów uderzył się w starą bliznę — w kilka miesięcy potem stwierdzono *Ulcus cruris carcinomatosum*. 2) Restaurator 52-letni, przed 35 laty uderzył się siekierą w podudzie. Przed dwoma laty powtórny uraz w bliznę. Rozpoznanie: *Carcinoma cruris dextri*. Te dwa przykłady potwierdzają niejako zdanie Broscha o dwukrotnym urazie. 3) Parobek 58 letni. Przed 6-ciu tygodniami ugryzł go koń w lewą rękę. Rana się zagoiła, ale obok blizny powstał guzek, który s ybko się powiększał. Rozpoznanie *Carcinoma dorsi manus*. 4) Kupiec 39 letni. Kopnięcie nogą w jądra. Po 6-ciu miesiącach guz prawego jądra; drobnowidowo stwierdzono raka. I tak dalej i t. d. Z naszych autorów ogłosił Steinhaus[1]) przypadek Oderfelda z Warszawy, gdzie chora dla silnych bólów głowy w okresie zdrowienia po durze przyłożyła na głowę pryszczydło. Owrzodzenie powstałe po zdjęciu pryszczydła nie chciało się goić i przybrało charakter owrzodzenia przewlekłego. Po kilku miesiącach wycięto cały wrzód i pokryto plastycznie. Badanie drobnowidowe wykazało raka.

Z naszych przypadków przytoczę króciutko kilka:

1) Dziecko 3 l. uderzyło się w głowę o brzeg stołu. W miejscu uderzenia powstał siniec, który powoli ustępował, nie ustąpił jednak całkowicie, ale przeciwnie zaczął nanowo się powiększać. W 3 miesiące po urazie stwierdziliśmy mięsaka kości czaszkowych.

2) Urzędnik 32 letni ukłuł się w mały palec ręki lewej. W miejscu tem wystąpiło krwawe podbiegnięcie. Po 8-miu miesiącach zgłasza się do kliniki z guzkiem wielkości orzecha laskowego na pierwszym członku palca małego. Guzek, umieszczony wewnątrz torebki ścięgna, dał się z łatwością wyłuszczyć. Badanie drobnowidowe wykazało mięsaka, złożonego z komórek wrzecionowatych.

3) Młodzieniec 20 letni, cierpiący na rozsiane stwardnienie rdzenia, ukłuł się przy naprawianiu zegarka w palec wielki ręki prawej. W kilka dni potem palec zaczął obierać, powstała zanogcica. Przecięto ją w szpitalu powszechnym lwowskim, rana jednak zamiast zmniejszać się powiększała się, brzegi stawały się twarde, a gdy w 2 miesiące potem wycięliśmy choremu kawałek owrzodzenia do zbadania drobnowidowego, znaleźliśmy mięsaka okrągłokomórkowego.

Sądzę, że przytoczone przykłady wystarczą do objaśnienia tego, co wyżej powiedziałem; dokładne historye chorób naszych przypadków będą później ogłoszone.

Jak sobie teraz wytłómaczyć związek między zadziałaniem urazu, a wystąpieniem nowotworu — na to odpowiedź jest bardzo trudna. Dotychczas nie udało się doświadczalnie wywołać nowotworu zapomocą urazu, bądź to mechanicznej, bądź chemicznej lub termicznej natury, — nie możemy więc znać spraw, odbywających się w tkankach, dotkniętych urazem, które prowadzą do wytworzenia się nowotworu. Bądź co bądź powyższe wywody doprowadzają nas do przekonania, że uraz czy jednorazowy, czy chemiczny, ma niewątpliwie poważny wpływ na rozwój nowotworu, i czy z Cohnheimem przyjmiemy obok tego pochodzącą z życia płodowego nieprawidłową zdolność rozrodczą pewnej gromady komórek, czy z Billrothem ogólną, swoistą skazę nowotworową, czy wreszcie zgodzimy się na pasorzytniczą teoryę raka, — w każdym razie uraz zewnętrzny pozosta-

[1]) Heimann: Die Verbreitung der Krebserkrankung itd. Archiv. Langenbecka Tom 57.

[1]) Steinhaus. Medycyna 1900. Nr. 47.

nie czynnikiem etyologicznym dla pewnej części nowotworów, szczególniej zaś mięsaków

Jak zaznaczyłem na początku, nie chodzi mi wcale o podniesienie urazu do wysokości jedynej i wyłącznej przyczyny nowotworów złośliwych; myślę, że może nowotwory te, jak wiele innych chorób, nie są wynikiem jednej przyczyny, lecz całego ich szeregu, w każdym razie jednak sądzę, że zapatrywanie, iż uraz w pewnej liczbie przypadków należy uważać za bezpośredni czynnik etyologiczny powstania nowotworu złośliwego, ma dostateczne uzasadnienie teoretyczne, statystyczne i kazuistyczne. Jak długo zapomocą doświadczenia nie zdołamy dać stanowczego dowodu, zapatrywanie to oczywiście pozostanie podmiotowem, podobnie jak wszystkie inne teorye pochodzenia nowotworów.

Celem niniejszej pracy było dać pochop do rozpraw nad tym przedmiotem i zachęcić do szczegółowych w tym kierunku badań, a ponieważ „wszystkie drogi prowadzą do Rzymu“, to kto wie, czy przypadkiem na tej drodze nie dojdziemy do odkrycia prawdziwej przyczyny raka.

I dlatego wdzięczny jestem prezydyum zjazdu, że raczyło ten przedmiot umieścić na porządku dziennym naszych obrad.

III. Wyciągi.

Kurth. **Zasłabnięcia, podobne do duru, wywołane przez prątek dotychczas nieopisany** *(Bacillus bremensis febris gastricae)*. (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 30 i 31, 1901). Kurth, niedawno zmarły dyrektor zakładu bakteryologicznego w Bremie, miał sposobność w ciągu roku 1900 w licznych przypadkach badać krew i wydzieliny chorych durowych. Wykonywał próbę aglutynacyjną Widala i szczepił hodowle na rozmaitych pożywkach. Próba Widala potwierdzała najczęściej rozpoznanie kliniczne, a gdzie wypadła ujemnie, stwierdzono inne choroby, (zapalenie opon, ropienie w kościach), które początkowo wzięto za dur. W 5-ciu jednak przypadkach obraz chorobowy był tak do duru podobny, że jakkolwiek badanie bakteryologiczne nie potwierdziło rozpoznania klinicznego, lekarze szpitalni obstawali przy swojem. W dwóch pierwszych z tych przypadków otrzymał K. raz ze stolca, a raz z moczu w hodowlach prątki, podobne do *B. enteritidis* Gärtnera i do prątków durowych. Od pierwszego różnią się owe prątki tem, że nie rozpuszczają żelatyny, od drugiego tem, że miały dłuższe nitki. Prątki te nie barwią się sposobem Grama, podobnie jak durowe; nitki wykazać można sposobem Zettnowa przez posrebrzanie. Na 3% żelatynie rosną hodowle, podobne do durowych; aglutynacya za pomocą surowicy krwi ludzkiej udaje się tak samo, jak z prątkiem durowym. W innych przypadkach nie otrzymał wprawdzie K. hodowli tych prątków, ale odczyn surowicy chorych z prątkami, wyhodowanymi w 2 pierwszych przypadkach, wypadł dodatnio i dosyć silny (1:250, 1:500).

W pierwszym przypadku gorączka spadała *per lysin* z 39·4° przez 23 dni aż do 36·6°C. W 2-gim i 3-cim po 8-miu dniach spadła *per crisin* z 40·6° i 41·2° do stanu prawidłowego, w 4-tym, w którym tylko przypuszczano dur, gorączka z 39 spadała *per lysin* i dłuższy czas utrzymywał się stan podgorączkowy. We wszystkich przypadkach stwierdzono mniej lub więcej wybitną osutkę durową. Próba Widala powiodła się tylko w pierwszym przypadku, w 3-cim, 4-tym i 5-tym wypadła zupełnie ujemnie, w 2-gim raz dodatnio, 2 razy ujemnie. Ponieważ przebieg gorączki w żadnym z tych 5 przypadków nie odpowiada temu przebiegowi, jaki spotykamy w durze, próba Widala dawała wyniki ujemne, a prątka durowego nie można było wykazać, — natomiast w 2-ch przypadkach wykazano wyż wspomniany odmienny prątek, dochodzi autor do przekonania, że w owych 5 przypadkach choroba nie była durem, lecz odrębną postacią *febris gastricae*, wywołaną przez prątek dotychczas nieznany, *bacillus bremensis febris gastricae*. (Zauważyć należy, że znane są przypadki, w których pomimo dodatniego wyniku próby Widala i typowej gorączki durowej sekcya czasem nie wykazuje żadnych zmian w jelicie; z drugiej znów strony niekiedy brak powyższych objawów za życia, a mimo to sekcya wykrywa owrzodzenia durowe. Twierdzenie autora, jakoby opisany, dotąd nieznany prątek nie był prątkiem durowym, nie wydaje się dostatecznie uzasadnione samą tylko większą długością nitek, bo biologicznie, jak sam autor podaje, oba prątki prawie się od siebie nie różnią. *Przyp. spraw.*). *L. R.*

De la Camp (Berlin). **Kwas chinowy a gościec.** (*München. med. Wochs.* Nr. 30, 1901). Z starannie przeprowadzonych badań kliniczno-doświadczalnych wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Kwas chinowy wcale nie wpływa na wydzielanie kwasu moczowego w sposób, stwierdzić się dający, u osobników zdrowych lub gośćcowych, używających dyety mięszanej. Natomiast zawsze można wykazać znaczne wzmożenie się kwasu hippurowego. 2) Zdaje się, że według dotychczasowych spostrzeżeń pojawia się częściej zmniejszone wydzielanie kwasu moczowego skutkiem działania kwasu chinowego u tych chorych, którzy równocześnie przyjmują w znacznej ilości istoty, wytwarzające kwas moczowy, lub gdzie ustrój sam wydziela wiele kwasu moczowego (białaczka). 3) Same przez się już niejasne stosunki odnoszące się do tworzenia, a raczej przetwarzania kwasu moczowego i hippurowego, są jeszcze bardziej zawikłane w gośćcu skutkiem nieznanej roli kwasu moczowego, a powtóre wyniki, uzyskane na zwierzętach lub *in vitro* nie dadzą się bezwzględnie odnieść do ustroju ludzkiego; mimo to obecne spostrzeżenia przemawiają na korzyść kwasu chinowego w leczeniu gośćca. 4) Kwas chinowy jest nawet w wysokich dawkach nieszkodliwy; najbardziej polecenia godnym jego przetworem jest chinotropina (kwas chinowy i urotropina), wydzielająca w ludzkim ustroju urotropinę i tworząca formaldehyd, który z kwasem moczowym tworzy związek łatwo rozpuszczalny. *Dr. Henryk Pisek.*

Klimmer (Drezno). **Czy wystarcza obecny nadzór nad mlekiem i jak należy go wykonywać, ażeby zadosyć uczynić wymogom higieny?** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* Tom 54, Zeszyt 1. 1900). W odpowiedzi na to pytanie zaleca autor, co następuje: 1) Obowiązkowe donoszenie o wszelkich chorobach wymion, jakoteż i wewnętrznych u zwierząt mlekodajnych, a mleko tych zwierząt w czasie ich choroby ma być usunięte z handlu. 2) Wszystkie krowy, dające mleko, należy szczepić tuberkuliną i badać klinicznie na gruźlicę. Krowy z objawami gruźlicy należy wyłączać od produkcyi mleka, ze stajen usunąć; te zaś krowy, które oddziałują na tuberkulinę, nie okazują jednak klinicznych objawów gruźlicy, należy odosobnić, a mleko ich może być użyte jedynie po ogrzaniu od 60—100° C. 3) W razie wybuchu zarazy pyskowo-racicznej musi być mleko usunięte z obiegu aż do chwili wygaśnięcia zarazy. 4) Mleka zwierząt chorych na wąglik, chorobę płuc lub wymion lub leczonych lekami trującymi lub drażniącymi, również nie wolno używać. 5) Należy uważać na czystość wymion, ogona, bioder i ud. 6) Osobom, cierpiącym na choroby, przenoszące się z mlekiem na człowieka, należy wzbronić wstępu do obór. Tosamo dotyczy osób, stykających się bezpośrednio z osobami chorymi. 7) Służba w oborach ma obowiązek myć ręce przed udojem. Osoby z wypryskiem lub ranami ropiejącemi na rękach mogą być dopuszczone do dojenia, jeżeli w jakiś sposób uchroniono mleko od zakażenia drobnoustrojami ropnymi. 8) Obora musi być jasna, dobrze przewietrzana i opatrzona kanałem. 9) Mleko po udojeniu należy natychmiast usunąć ze stajni i ochłodzić. 10) Mleka nie wolno przechowywać w mieszkaniu lub sypialni. 11) Naczynia po użyciu muszą być dokładnie oczyszczone i nie wolno ich używać w innym celu. Naczyń miedzianych, mosiężnych, cynkowych, glinianych ze złą polewą, żelaznych z polewą ołowianą, nie wolno używać. 12) Dodawanie chemicznych środków zachowawczych jest wzbronione. 13) Mleko gorzkie, skwaśniałe, nadzwyczajnie zabarwione, zepsute, musi być z obiegu usunięte. 14) Powyższe wskazówki odnoszą się również do masła, sera, śmietany, serwatki itd. Kontrola powinna się odbywać co dni 14. (Przy sposobności chcę zwrócić uwagę na odczyt Profesora Bujwida, wygłoszony na jednem z ostatnich posiedzeń Tow. lek. krak. a wykazujący zupełnie niedostateczny nadzór nad oborami krakowskiemi, znajdującemi się rzekomo pod nadzorem Tow. lekarskiego i posługującemi się niesłusznie jego firmą. *Przyp. sprawozd.*). *Jan Landau*

George Lamb. **Czy przebycie duru brzusznego wytwarza odporność?** (*The Lancet* 6 kwietnia 1901 r.). Powszechnie przyjęto, że po przejściu duru brzusznego pozostaje odporność przeciw powtórzeniu się tej choroby. Autor na mocy obszernego doświadczenia, głównie w czasie epidemii durowej w Afryce południowej, podaje w wątpliwość słuszność tego zapatrywania. N. spostrzegał niejednokrotnie powtórne wystąpienie objawów duru u osób, które poprzednio przed jakimś, krótszym lub dłuższym czasem przebyły już tę chorobę w znamiennej postaci. N. przytacza dwa przypadki, w których w 5—6 miesięcy po durze chorzy zapadli ponow-

wnie na tęsamą chorobę: w takich razach przypuszczać można samozakażenie, mianowicie prątki mogą w ustroju w ciągu wielu miesięcy zachowywać się biernie, a po dłuższym czasie przejawić znów swe działanie chorobotwórcze przy osłabieniu ogólnej odporności ustroju (zmęczenie, przeziębienie i t. p.). Że klinicznie stosunkowo rzadko spostrzega się przypadki powtórnego zachorowania na dur brzuszny, to objaśnia się to, jak wogóle niewielkiem rozpowszechnieniem tej choroby wśród osób, które jej nie miały, tak i małem zwracaniem uwagi na wywiady: czy chory już dur przebył, czy też nie. Jeżeli jednak nawet po przebyciu ciężkiego duru w ustroju nie wytwarza się odporność w stopniu dostatecznym, to należy wątpić i o skuteczności zastrzykiwań przeciwdurowych: to, że u osób, w ten sposób zaszczepionych, występuje odczyn Widala, nie dozwala jeszcze utrzymywać z pewnością, że nabytą została odporność: autor, oraz inni lekarze w Afryce południowej nieraz spostrzegali dur brzuszny u wielu młodych żołnierzy, którym z powodzeniem (t. j. z otrzymaniem odczynu Widala) wstrzyknięto surowicę przeciwdurową bezpośrednio, czasami zaledwo na kilka tygodni przed wyjazdem na pole walki. Dodając do wymienionych spostrzeżeń częstość nawrotów w przebiegu duru brzusznego, autor wyprowadza ogólny wniosek, że sprawa odporności po przebyciu duru nie jest jeszcze rozstrzygniętą, i że raczej należy na nią zapatrywać się ujemnie.

St. Rudzki.

Docent E. Payr. **Dalsze uwagi nad krwawem odprowadzaniem zastarzałych zwichnięć urazowych i patologicznych w stawie biodrowym.** *(Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4). Na pięciu odpowiednich spostrzeżeniach w klinice Nicoladoniego przekonał się autor, że najlepszy dostęp do stawu daje cięcie kątowate boczne Kochera. Z tego też cięcia najlepiej jeszcze można oszczędzać mięśnie, o ile to w ogólności w danym razie jest możliwe. Odprowadzenie główki do panewki ułatwia sobie P. w tym celu sporządzoną równią pochyłą w postaci rynienki. Rany operacyjnej nie szyje. Opatrunek gipsowy zakłada tylko na kilka pierwszych dni, — a potem zastosowuje t. zw. spodnie druciane Bonneta.

Herman.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Schroeder. **O nowszych lekach i przetworach, stosowanych w gruźlicy.** *(Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen* Tom II. Zeszyt 4. 1901).

1. *Tuberkulocidynę* podaje Klebs wewnętrznie w początkowych okresach gruźlicy, przebiegającej bez gorączki. Rozpoczyna od małych dawek (dla dorosłych 5 kropli 1% rozczynu, dla dzieci niżej 5 lat 2 krople) podając z każdym dniem o 1 kroplę więcej aż do najwyższej dawki dziennej 1—2 cm.³. Jeśli zachodzi przypadek chorobowy z gorączką (zakażenie mięszane) stosuje się tuberkulocidynę z typhazą (z 1% rozczynu 5 kropel postępując coraz wyżej), pozyskaną z prątków durowych,

2. *Thiokol i sirolina* pomyślnie skutkują w przypadkach przewlekłego zapalenia oskrzeli, nieżytów krtani i tchawicy, wreszcie w dychawicy. O jakiemś swoistem działaniu na gruźlicę nie może być mowy.

3. Ilość przetworów kreozotowych z dnia na dzień wzrasta; z najnowszych zasługują na wzmiankę *pulmoform*, przetwór otrzymany z formaldehydu i gwajakolu. Przedstawia się jako żółtawy proszek bez smaku i zapachu. Drugim lekiem jest *pneumina*. Silberstein podawał gruźliczym chorym obydwa te środki w ilości 1—2 gr. dziennie stwierdzając poprawę łaknienia i pomyślny wpływ na sprawę gruźliczą w płucach. Innym związkiem gwajakolu jest *jodokol* (gwajakol i jod) podawany w ilości 0·2—0·4, 4—5 razy dziennie (Cattani).

4. Co się tyczy leczenia gruźlicy wstrzykiwaniami *hetolu* według sposobu Landerera, nie da się na razie nic rozstrzygającego powiedzieć; jedni autorowie otrzymywali bardzo dobre wyniki, inni jak Gidionsen wręcz niepomyślne, wobec czego należy się na tę sprawę zapatrywać nader krytycznie.

W ostatnich czasach znów podjęto myśl stosowania środków odkażających, by niszczyć wprost prątki gruźlicze i w ten sposób wstrzymać rozwój choroby. Wielką w tym względzie rolę odgrywa *formaldehyd*; Maguire wstrzykiwał dziennie 50 cm.³ rozczynu formaldehydu (1:2000) do żyły ramieniowej i otrzymał podobno bardzo dobre wyniki.

5. Z środków objawowych, podawanych w gruźlicy, zasługują na uwagę: *Ichthoform* w ilości 6—8 gr. dziennie bardzo dobrze działa przeciwko biegunce gruźliczej, nie wywołując żadnych ubocznych a szkodliwych następstw; *tannopina* (rozpada się w jelitach na tanninę i urotropinę) pomyślnie wpływa na sprawy gnilno-rozkładowe w przewodzie pokarmowym; *kontyna*, brunatny proszek bez smaku i zapachu, w dawkach 0·5—2,00—10,00 dziennie dla dorosłych, a dla dzieci 0·25—0·5 na dawkę do 2·5 na dzień. Wreszcie wspomnieć należy o dwóch nowych przetworach, służących do polepszenia smaku tranu: *Gadol* (także gadol z kreozotalem 40:2), zawiesina zawierająca 50% tranu, wodę cynamonową z dodatkami aromatycznymi, i drugi *ossin*-Strohschein, cukrowo-olejowy przetwór tranu.

Dr. Henryk Pisek.

Leczenie chorób skórnych przetworami kakodylu. Można uważać za rzecz udowodnioną, że ze wszystkich pochodnych arsenu, kakodyl (i jego przetwory: kwas kakodylowy i kakodylany) posiada wybitne własności lecznicze, działające w tych schorzeniach, w których zwykle używamy arsenu. W chorobach skórnych (łuszczyca, trądzik, liszaj płaski, toczeń rumieniowaty), kwas kakodylowy i jego sole okazał się skuteczniejszy od rozczynu Fowlera, pigułek azyatyckich i od innych zwykle używanych przetworów arsenu.

W celu zbadania działania leczniczego połączeń kakodylu w chorobach skórnych użył Saalfeld przetworów, które wyszły z pracowni Leprincea pod nazwą kakodylanu sodowego *(arsycodyle)* i kakodylanu żelaza *(ferricodyle)*. Podawał on je bądź w pigułkach (4 pigułki dziennie po 25 miligramów jednego lub drugiego z wymienionych przetworów), bądź w kroplach 5%-go rozczynu (40 kropel dziennie = 0,10 soli kakodylowej), bądź wreszcie w czopkach, zawierających po 0,5 soli kakodylowej.

Saalfeld badał działanie przetworów kakodylowych na 50 chorych, z których tylko jedna kobieta histeryczna skarżyła się na bóle w dołku podpiersiowym. Wydech o czosnkowym zapachu, na który się uskarżają autorowie, stwierdzony został tylko u jednej trzeciej chorych, przeważnie niedokrewnych, których czynność trawienia była zresztą słaba; niemiły ten objaw nigdy nie był spostrzegany przy stosowaniu przetworów kakodylu w czopkach lub podskórnie. Biegunki lub wysychania w gardle Saalfeld nigdy nie zauważył; byli chorzy, którzy nigdy nie znosili przetworów arsenu, a natomiast nie doświadczali żadnych dolegliwości przy zażywaniu kakodylu.

Najwybitniejsze wyniki lecznicze spostrzegał Saalfeld po podskórnem stosowaniu arsykakodylu i to w tak uporczywych chorobach skórnych, jak łuszczyca, liszaj czerwony płaski itd. Firma Leprince wyrabia ampułki z jałowym rozczynem soli kakodylowych, który można stosować podskórnie bez wszelkich obaw zakażenia miejscowego.

A. K.

Dormiol jest płynem bezbarwnym, posiadającym swoisty zapach, zbliżony do kamfory i smak palący mentolu. Rozpuszcza się łatwo w wyskoku, eterze i chloroformie; rozpuszcza się też, acz powoli, i w wodzie, w stosunku 1: 1; jeśli męt w rozczynie wodnym nie wyjaśnia się, należy ciecz przesączyć. Dormiol jest znakomitym lekiem nasennym, nie posiadającym ujemnych własności chloralu. Oddaje on nieocenione usługi w rozmaitych postaciach neurastenii, połączonych z uporczywą bezsennością, oraz w leczeniu umysłowo chorych, jeśli podniecenie nie przybrało zbyt gwałtownych rozmiarów. Dormiol stosowano z pożytkiem i w innych postaciach bezsenności, n. p. u alkoholików, cierpiących na silne bóle, u osób histerycznych, chorych na wady serca, u ozdrowieńców i w przebiegu chorób ostrych. Według Friesera dormiol usypia szybko, w 20 do 30 minut po zażyciu; polecano go w płynie lub w kapsułkach zawierających po 0·5 dormiolu; na jeden raz chory powinien zażyć 0·5 do 2·0 dormiolu. Wzór przepisu według Friesera jest następujący: *Dormioli 10·0, Syr. cort auranl. 20·0, Aq. gummosae 120·0.* S. jedną lub dwie łyżki stołowe zażyć na noc. (*La Presse médicale.* Nr. 52,1901).

A. K.

V. Sprawozdanie z XI-ego Zjazdu chirurgów polskich w Krakowie dnia 15 i 16 lipca 1901 r

Napisali

Dr. M. W. Herman i Dr. St. Jasiński.

(Ciąg dalszy).

24. Aleksander Zawadzki (Warszawa): **Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka.** Jeszcze i dzisiaj wśród chirurgów zdania co do postępowania wobec ran postrzałowych brzu-

cha są podzielone; jedni takich chorych natychmiast operują, inni leczą zachowawczo. Do liczby tych ostatnich (za wzorem Reclusa i Noguèsa) należą lekarze wojskowi wojen chińsko-japońskiej, amerykańsko-hiszpańskiej, angielsko-boerskiej i ostatniej chińskiej. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy musimy przedewszystkiem wyłączyć z danych, na jakich opierać będziemy nasze wywody, zdanie i dane statystyczne lekarzy wojskowych, dopóki nie ulegną całkowitej zmianie złe warunki transportu, natychmiastowa pomoc na placu boju; dopóki spostrzeżenia lekarzy z placu boju nie będą ścisłemi (dokładne badanie, operacya, sekcya), do tej pory zestawienia lekarzy wojskowych świadczyć tylko mogą wogóle o odsetku śmiertelności z powodu ran postrzałowych drążących brzucha, bez względu na to, czy odpowiednio leczeni tacy chorzy mogliby wyzdrowieć, lub nie.

Jednem słowem zestawienia te mają wartość tylko dla postępowania wobec rannych na placu boju w dzisiejszych warunkach. Dane statystyczne podają: Otis, Nussbaum, Coley, Reclus, Mac Cormac, Lühe, Adler i inni. Dane statystyczne ran postrzałowych brzucha, zadanych podczas pokoju, ze względu na możliwość ścisłego spostrzegania i odpowiedniego leczenia powinny być dla nas wskazówką chirurgicznego postępowania. Spór, jaki toczył o to Reclus i jego zwolennicy na zasadzie prac Klemma i innych [nieaktualność *bouchon muqueux* i *rentrant*, możliwość wielkich dziur i wielkiej ich ilości przy małym kalibrze broni (Habart, Bogdanik), bezwartościowość zestawień statystycznych Reclus, stwierdzona przez Klemma, Lühego, Dölflera, Mannaborga], został prawie rozstrzygnięty na stronę bezzwłocznych czynnych zabiegów chirurgicznych. Już 1883 roku, po operacyi Mariona Simpsa, Kocher, który miał podobny przypadek, stanowczo orzekł, że rany postrzałowe żołądka nieoperowane kończą się śmiertelnie, wyzdrowienie bez operacyi należy do niezmiernych rzadkości. W r. 1885 powtórzył prawie to samo Mikulicz na zjeździe w Magdeburgu. Stronnictwo czynnego wystąpienia dzisiaj liczy w swoich szeregach znaczną większość chirurgów, a jak pisze Jalaguier, nawet Reclus w ostatnich czasach (praca Forgue i Reclus 1898) ograniczył bardzo znacznie wskazania do leczenia zachowawczego.

Statystyka zranień żołądka, kiszek lub narządów brzusznych daje nam prawie pewność zranienia tego lub innego narządu przy ranach drążących postrz. brzucha (Nussbaum, Fiszer, Klemm, Cormac, Reclus, Adler, Lühe, Duroselle, Vulliet). Co do ran żołądka Otis podawał 99,2% śmiertelności, Percy 75%. Przytaczanie tych obliczeń z rozmaitych lat zdaje się bezcelowe; dawniej laparotomia była równie groźna, jak rana postrzałowa brzucha, dzisiaj technika ulepszona, inne też otrzymujemy wyniki: rany żołądka, operowane bezzwłocznie, dają bardzo mały odsetek śmiertelności (15%). Piśmiennictwo, dotyczące ran postrz. żołądka do r. 1894 zebrał Schroeter, do 1898 — Kukula. Razem zebrali 87 przypadków, z tych 45 operowanych. Na 12 niepowikłanych, operowanych ran żołądka tylko 2 przypadki śmierci. Na 5 takich samych nieoperowanych, 4 zejścia śmiertelne. Ogółem zaś powikłane i niepowikłane rany żołądka — operowane: 48% śmiertelności, nieoperowane 47%. Dodać trzeba, że w przypadkach, wyleczonych bez operacyi, nie ma pewności, czy żołądek i kiszki istotnie były przedziurawione; operowane przypadki zaś podlegały zabiegom chirurgicznym w rozmaitych odstępach czasu od chwili zranienia, a to ma ogromne znaczenie. Siegel podaje wśród operowanych przed upływem 4 g. — 15,2% śmiert.; po 5—8 g. 44,4%; po 9—12 g. 65,6%; potem 75%; Adler przed 5 g. 18%; Dörfler po 5 g. 50%. Schroeter oblicza, że z 25 operowanych przed 6 godz. zmarło 6 (24%), z 22 później operowanych 10 (45%).

Kukula i Schroeter na zasadzie badań innych autorów dochodzą do wniosku, że kaliber kuli nie pozwala osądzić, czy rana lekka, czy nie; to samo można powiedzieć o kierunku strzału. Znaczenie ma stan napełnienia żołądka, stan jego zdrowia, siedziba przedziurawienia, powikłania. Do wzoru, jaki podał Schroeter dla opisu klinicznego ran postrzałowych żołądka, Kukula dodaje żądanie badań bakteryologicznych zawartości żołądka.

Rana zazwyczaj zakaża się także i od zewnątrz cząstkami ubrania.

Do liczby przypadków, zebranych przez Kukulę i Schroetera, dodać trzeba przypadki, opisane w ostatnich czasach. Wogóle ran postrzałowych żołądka opisano jeszcze 13, wszystkich zatem jest 100. Z tych 13 — 11 operowane. Z 11 operowanych umarł 1 w 8 g. po postrzale: znaleziono 2 otwory w żołądku i 8 w kiszkach. Obydwaj nieoperowani umarli. Przez ostatnie dwa lata przeto odsetek śmiertelności wobec powikłanych operowanych ran żołądka 9,9%, wobec niepowikłanych (było ich 4) 0%; (wszyscy wyzdrowieli). Wogóle co do ran niepowikłanych żołądka otrzymujemy następujące liczby: z 16 operowanych umarło 2 (12,5%), z 7 nieoperowanych umarło 6 (84%). Do liczby 16 operowanych przypadków należy i przypadek Al. Zawadzkiego i Solmana.

E. P. l. 14, uczeń gimnazyum, otrzymał ranę z floweru k. 6 mm. w lewe nadpępcze. Jadł na 6 g. przedtem. Prócz lekkich bólów i wydobywania się przy ucisku z rany niewielkiej ilości krwi z pęcherzykami gazów nie było żadnych innych objawów. W dwie godziny potem laparotomia: przebita przednia ściana żołądka pośrodku, i w dalszym ciągu kula przebiła w drugiem miejscu przy wielkiej krzywiźnie błonę śluzową i mięsną; surowicza natomiast nienaruszona. Błona śluzowa nie tworzyła *bouchon muqueux*, zawartość sączyła się. Po połączeniu obydwóch obrażeń jednem cięciem zeszyto żołądek szwem trzypiętrowym. Przez umyślny otwór w *lig. gastro-colicum* obejrzano tylną ścianę żołądka — stwierdzono, że jest prawidłowa. Kula nie wyszła z przewodu pokarmowego. Ściany brzuszne zeszyto szwem piętrowym; w dolnej części rany zostawiono sączek. Wyzdrowienie. Operował A. Zawadzki. W 3 tygodnie potem chorego badano promieniami Roentgena — kula na fotografii z prawej strony nieco nad małą miednicą. W trzy tygodnie potem fotografia pokazuje kulę w innem miejscu. Dalej podaje Z. jeszcze dwa przypadki, — jeden rany kłótej wątroby i żołądka, operowany przez Borzymowskiego przy pomocy Zawadzkiego; wyzdrowienie. Drugi przypadek: pęknięcie polowy żołądka z powodu uderzenia w brzuch przy wybuchu żelaznego syfonu. Skóra ścian brzusznych była nieuszkodzona, czuć było tylko z lewej strony przerwę podskórną w mięśniach i gazy pod skórą. Operował A. Zawadzki z Kociatkiewiczem. Chory po operacyi doznał znacznej ulgi, — bóle zniknęły, wstrząs jednak mimo wlewań wody z solą i środków pobudzających trwał dalej i w 9 godzin po operacyi chory umarł. W końcu opisuje Z., jak postępuje wobec ran drążących brzucha przy doraźnem ratowaniu takich chorych przed odwiezieniem ich do szpitala pogotowie warszawskie. (Streszczenie własne).

25. Czaplicki (Lwów). **O działaniu atropiny w pewnych przypadkach niedrożności jelit.** Doświadczenia C. nad wpływem atropiny na jelita zwierząt wykazały, że po wstrzyknięciu tego środka następuje silny skurcz mięśni okrężnych jelita, a niekiedy tylko spostrzegał C. słaby ruch robaczkowy; gwałtownego ruchu, opisywanego przez niektórych autorów, nigdy nie zauważył. Z doświadczeń tych, jakoteż z kilku spostrzeżeń klinicznych z kliniki chirurgicznej lwowskiej wnosi C., że atropiny użyć można z dobrym skutkiem w *ileus dynamicus* i *obturatorius*. Skoro jednak przeciętna dawka, wywołująca skutek, jest bardzo wysoka: 0·005, należy wogóle podawać atropinę nadzwyczaj ostrożnie, i o ile możności zastąpić ją środkami, łagodniej działającymi.

W dyskusyi: Bossowski i Kader wyrażają się korzystnie o działaniu atropiny w pewnych formach niedrożności jelit.

26. Prof. Kader (Kraków). **O jejunostomii.** W niektórych przypadkach po wytworzeniu przetoki żołądkowo-jelitowej *(gastroenterostomia)*, lub też po wycięciu odźwiernika, jeżeli chodzi o forsowne odżywianie chorych, wykonywa K. jejunostomię, a to w sposób następujący: jelito nacina poprzecznie, wkłada dren dość gruby, poczem podobnie jak w gastrostomii, swoim sposobem wykonanej, obok drenu unosi 2 fałdy poprzeczne. Dzięki takiemu postępowaniu użyć można nierównie grubszego drenu, niż przy jejunostomii sposobem Witzla.

Dyskusya.

Rutkowski nadmienia, że już dawniej Obaliński używał podobnego sposobu. Okazał się on jednak mało praktycznym. R. zatem stale po wycięciu odźwiernika używa własnego postępowania t. j. przez równocześnie wytworzoną przetokę żołądkową wprowadza gruby dren do jelita czczego.

27. Prof. Wehr (Lwów): **Przedstawienie jelita, wyciętego po wgłobieniu.** W. przedstawia okaz wgłobionego i już uległego zgorzeli jelita cienkiego. Operacyę wykonał na dziecku drugiego dnia choroby. Dziecko czuło się tak dobrze, że na stół operacyjny weszło samo. Mimo to jelito było już zgorzelinowe, a w kilkanaście godzin po operacyi nastąpiła śmierć z zapadu.

28. Radca dw. Prof. Rydygier (Lwów): **O postępowaniu operacyjnem wobec nowotworów złośliwych pętli esowatej.** W tych przypadkach, a zwłaszcza w przypadkach dalej już posuniętych, tam więc, gdzie od czasu do czasu występują objawy niedrożności jelit, wytwarza R. przedewszystkiem odbyt sztuczny w linii środkowej ciała na poprzecznej części okrężnicy. Część poprzeczną okrężnicy zagina esowato (jak syfon przy wodociągach) wszywa ją do rany zewnętrznej w ten sposób, że taśmy jelita ustawia się prostopadle i na nich przecina jelito. Dopiero w kilkanaście dni po tej przedwstępnej operacyi przystępuje do wycięcia nowotworu z cięcia brzusznolędźwiowego, okrążającego lewy kolec biodrowy. Syfon na okrężnicy ma podwójne zadanie: 1) dokładne opróżnienie jelita, 2) ochronę szwu na pętli esowatej przed naporem kału; znosi go przeto dopiero w kilkanaście dni po doszczętnym zabiegu.

29. Herman (Lwów). **W sprawie chirurgicznego leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego.** H. przyjmuje podział następujący: I. *Scolecoiditis acuta: a) simplex, b) periscolecoiditis sero-fibrinosa, c) periscolecoiditis purulenta, α) saccata, β) progrediens, d) scolecoiditis c. peritonitide diffusa.* II. *Scolecoiditis chronica, a) remittens, b) recurrens.* III. *Scolecoiditis larvata.* — W ostrem zapal. tylko wówczas jest wskazaną operacya, gdy w otoczeniu wyrostka wytwarza się ropień (t. j. *c:* α) i β), lub gdy zapaleniu ulegnie cała otrzewna (*d*). We wszystkich tych przypadkach ograniczyć się trzeba na razie tylko na zapewnieniu ropie swobodnego odpływu, — usunięcie zaś wyrostka odłożyć do czasu, gdy miną wszystkie objawy zapalne. — W każdym przypadku przewlekłego zapalenia wyrostka rob. wskazane jest wycięcie wyrostka w okresie między napadami. W postaci III (*sc. larvata*) nakłaniać należy chorych do operacyi, skoro tylko uda się dokładne rozpoznanie.

30. Doc. Bossowski (Kraków). **Leczenie operacyjne ropni w jamie Douglasa w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego.** W dłuższym wykładzie zwraca B. uwagę na trudności rozpoznawcze tych ropni przy wyłącznem badaniu od zewnątrz przez powłoki brzuszne. Natomiast rozpoznanie jest łatwe, gdy się bada przez odbytnicę lub pochwę. Po rozpoznaniu natychmiast należy przystąpić do otwarcia ropnia. A dokonać tego można wkraczając albo od powłok brzusznych, albo obok kości krzyżowej, albo przez międzykrocze, odbytnicę lub pochwę. Z tych wielu dróg najodpowiedniejszą wydaje się B. droga przez powłoki brzuszne, pozaotrzewnowa. Tędy postępując, można po drodze otworzyć i inne ropnie i wydalić wyrostek. Leczenie następowe trwa dość długo. B. potępia otwieranie ropnia przez odbytnicę, gdyż na dnie jamy Douglasa przyróść mogą pętle jelita, (co stwierdził i w swoim przypadku) i przy postępowaniu na ślepo uledz mogą uszkodzeniu.

31. Docent Kryński (Kraków). **W sprawie wycinania wyrostka robaczkowego.** 1. W przypadkach ostrego zapalenia wycina K. wyrostek robaczkowy tylko wtedy, jeżeli go łatwo znaleść. Tam, gdzie stosunki są trudne, w otoczeniu liczne zrosty, przestrzega K. przed wyszukiwaniem „za każdą cenę“ chorego narządu. 2. K. mniema, że w zapaleniu wyrostka nie powinno się podawać środków przeczyszczających. Nie jest jednak wielkim zwolennikiem makowca i woli wilczą jagodę. 3. W końcu zwraca uwagę na związek między prawostronną nerką ruchomą a zapaleniem wyrostka u kobiet.

Dyskusya.

Löwenstein wobec zapalenia wyrostka trzyma się zasady »*ubi pus, ibi evacua*«. Po przecięciu ropnia odszukuje i wycina wyrostek. W ten sposób operował 7 przypadków, a tylko jeden zakończył się śmiercią z powodu ogólnego wyczerpania.

Pruszyński godzi się na to, że zapalenie wyrostka jest cierpieniem chirurgicznem Każdy, kto przebył jeden napad, powinien być operowany, najlepiej „à froid“. Przy leczeniu wewnętrznem zaleca P. przetwory makowcowe, wypróżnienia sprowadza wlewaniami.

Rosner przytacza ciężki przypadek zapalenia wyrostka u ciężarnej i rodzącej, który skończył się śmiercią z powodu rozlanego zapalenia otrzewnej. Mniema, że poród, jako silny uraz dla otrzewnej, wpływa bardzo niekorzystnie na przebieg zapalenia wyrostka robaczkowego. Warto zastanowić się, czyby nie należało w razie zapalenia wyrostka u ciężarnych dążyć do doszczętnego wydalenia wyrostka.

Oderfeld radzi w ostrym napadzie otwierać tylko te ropnie okołowyrostkowe, które zawierają dużo ropy. Małe bowiem ropnie ulegają wessaniu. Przestrzega przed nakłuciem ropni.

Prof. E. Korczyński: Różnice w zapatrywaniach co do wskazań operacyjnych w zapaleniu wyrostka pomiędzy chirurgami, a internistami wyrównały się w ostatnich czasach głównie skutkiem rozpraw na zjazdach chirurgicznych, ogólno-lekarskich i internistycznych. Obecnie tak chirurdzy, jakoteż interniści przyszli do tego zgodnego przekonania, że zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą, w której rychła pomoc ze strony chirurga w przeważnej liczbie przypadków jest konieczna, i że ona tylko zdoła usunąć niebezpieczeństwo dla życia i zapobiedz smutnym następstwom, jakie niestety przydarzają się jeszcze dość często, jeżeli chory na operacyę godzić się nie chce. — Mimo to cała sprawa rozpoznawania i leczenia zapalenia wyrostka *in casu concreto* nie da się obecnie i prawdopodobnie i na przyszłość ująć w takie prawidła, któreby były rozstrzygające dla każdego danego przypadku. Już samo rozpoznanie jest nieraz bardzo trudne, a jak przemawiającemu wiadomo z własnego doświadczenia, czasem wręcz niemożebne, tak dalece, że w pewnej liczbie przypadków operujący musi być przygotowany na niespodzianki, z rozpoznaniem niezgodne, które się dopiero podczas operacyi ujawniają. Kilka takich przypadków z ostatnich czasów tkwi żywo w pamięci przemawiającego.

W ostatnich czasach coraz częściej się przydarza, że koledzy z prowincyi przysyłają wprost do operacyi przypadki, w których przypuszczają zapalenie wyrostka robaczkowego. W przeważnej części tych przypadków zapalenia wyrostka niema. Jest to jednak dobrą oznaką, że koledzy owi całkiem słusznie wolą nieraz narazić chorego na niepotrzebną podróż, aniżeli narazić jego życie przez zwlekanie operacyi.

Co do chwili, kiedy operować należy w przypadkach ostrych, a kiedy już operować nie należy, to jest sprawa, która mimo wszelkich utartych zasad zawsze jeszcze zależy i zapewne długi czas jeszcze zależeć będzie od indywidualnego zapatrywania się i ocenienia danego przypadku i od tych wszystkich czynników, które składają się na dokładność rozpoznania i rokowania.

Im więcej nabiera się doświadczenia własnego, tembardziej każdy internista przychylać się musi koniecznie do tego zapatrywania, aby zawsze operować na czas, a nigdy zapóźno. Temsamem wskazanie do operacyi nie może nigdy zależeć od domniemanej ilości ropy, nagromadzonej około wyrostka robaczkowego, a to tembardziej, że zdaniem przemawiającego ilości tej ropy przy łóżku chorego prawie nigdy naprzód oznaczyć nie można.

Co do wpływu obniżenia nerki prawej na powstawanie zapalenia wyrostka, o czem wspomina kol. Kryński, to przemawiający twierdzi na podstawie własnych spostrzeżeń, że nietylko obniżenie prawej nerki, ale i zwieszenie trzew brzusznych, znane obecnie powszechnie pod nazwą choroby Glenarda, w przeważnej liczbie przypadków wpływa niekorzystnie tak na czynności żołądka, jakoteż i jelit. W żołądku zauważyć można często niedomogę błony mięsnej, rozstrzeń żołądka, a nierzadko także i zboczenia bądź czynnościowe, bądź anatomiczne na błonie śluzowej żołądka. Co do jelit, to tak chorobie Glenarda wogóle, jakoteż obniżeniu nerki towarzyszy prawie zawsze nawykowe zaparcie stolca. Stolec zalega zazwyczaj w kiszce ślepej i w kiszce wstępującej. Ta część jelita grubego rozszerza się nadmiernie, bardzo często jest bolesną, a nierzadko występują w tej okolicy napadowe bóle. Już te szczegóły przemawiają za tem, że obniżenie czy to prawej nerki, czy też innych trzew usposabiać może do zapalenia wyrostka, taksamo jak stałe drażnienie otrzewnej przez zbytnią ruchomość trzew brzusznych i zastój żylny w zakresie rozgałęzienia żyły wrotnej, dochodzący niekiedy aż do tworzenia się zakrzepów w żyłach, staje się niekiedy powodem przesięków lub wysięków zapalnych do jamy brzusznej. Odnośnie do zapalenia wyrostka, to przemawiający z własnego doświadczenia zna kilka przypadków, w których nieprawidłowe ułożenie trzew brzusznych uważać należy jako przyczynę wywołującą, a przynajmniej jako przyczynę usposabiającą do zapalenia wyrostka. (Streszczenie własne).

Kader oświadcza się za wczesnem operowaniem; lepiej zaś za wcześnie, — niż za późno. Naciąwszy ropień, należy szukać wyrostka, o ile tem choremu nie zaszkodzimy. Szukając wyrostka, rozpoczyna K. od odszukania kątnicy i środkowej jej taśmy (*taenia*).

Trzebicky nie przyjmuje żadnego szablonu w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego. Zawsze trzeba ściśle indywidualizować. Doświadczeniem pouczony, radzi T. z operacyą nie zwlekać, operować choćby w czasie napadu — a kierować się tętnem. Tętno wyżej 100 skłania T. do czynnego wkroczenia.

Kryński przytacza doświadczenie chirurgów francuskich, którzy radzą w przypadkach zapalenia wyrostka u ciężarnych operować jak najwcześniej i jak najdoszczętniej.

Rydygier zaznacza, że szczególnie te przypadki każą źle rokować, w których naciek opuszcza się do miednicy małej. Ropni, usadowionych w jamie Douglasa, nie otwierałby R. nigdy przez odbytnicę.

32. Radca dworu Prof. Rydygier (Lwów). **O leczeniu nowotworów odbytnicy.** R. mówi głównie o raku. W statystyce przytacza przypadek raka odbytnicy u 9-letniego chłopca, wyleczony operacyjnie. Następnie zwraca uwagę, że lekarze często i na szkodę chorych pomijają badanie palcem przez odbytnicę i skutkiem tego dzieje się, że często tacy chorzy zgłaszają się z rakiem odbytnicy daleko posuniętym, który przez długie miesiące uważany był za krwawnice. Wskazania do operacyi przyjmuje R. bardzo rozległe; nie operuje tylko tam, gdzie znajdzie zrosty z pęcherzem lub cewką. Gdzie tylko może wycina (resekuje) odbytnicę bez wahania, otwiera jamę Douglasa i ściągnąwszy tyle kiszki, ile tego potrzeba, zaszywa jamę Douglasa przed przystąpieniem do dalszych zabiegów. Operując trzyma się zdala od ścian odbytnicy, idąc aż poza *fascia propria recti.* Gdzie tylko może, pozostawia R. zwieracz odbytu, i przeciągając jelito poza zwieracz sposobem Hohenegga, dodaje okręcenie wedle zaleceń Gersunyego.

Dyskusya.

Kader operował dotychczas 21 razy raka odbytnicy; wszystkie przypadki wyleczone. Gdy musi amputować, używa sposobu Kochera. Jeżeli zaś wystarcza *resectio recti* posługuje się sposobem Rydygiera. Przygotowując chorego do operacyi przeczyszcza go bardzo silnie przez trzy dni. Kikut jelita opatruje sposobem Nicoladoniego. (Dok. nast.)

VI. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

Sekcya lekarska.

(Ciąg dalszy).

30. V. Podhajsky (Ołomuniec). **Umyślne uszkodzenia się w wojsku w ostatnich 25-ciu latach.** Uszkodzenia się dobrowolne żołnierzy dzielą zwykle na samobójstwo, usiłowane samobójstwo i samookaleczenie; P. jednak woli połączyć pierwsze dwie gromady w jedną. Z zajmujących zestawień P. wyjmujemy kilka danych. Liczba samobójstw stanowczo przeważa nad liczbą umyślnych okaleczeń: w przeciągu roku bowiem wypada jeden przyp. samobójstwa na 605 żołnierzy, a jeden przypadek samookaleczenia na 4262 żołnierzy. Od roku 1894 ilość tych ostatnich przypadków szybko się zmniejsza. Samobójstwo popełniają żołnierze w 33·3% z obawy kary, a w 20% z powodu niechęci do służby, zaś w samookaleczeniu tę ostatnią przyczynę wykazano w 87·8%, obawę kary zaś tylko w 2%. Co do sposobu samobójstwa, najczęstszem jest zastrzelenie się (71·6%), daleko mniej częstem powieszenie się (15·3%) lub śmierć z broni siecznej (3·8%). Przy okaleczeniu się odwrotnie tej ostatniej broni używano najczęściej (55·4%), postrzału zaś tylko w 34·1%, substancyj chemicznych (kwasów itd.) w 8·8%. Co do czasu: Najwięcej przypadków umyślnego uszkodzenia zdarza się w październiku i listopadzie (rekruci), najmniej we wrześniu (wesołe życie podczas ćwiczeń w polu, nadzieja powrotu do domu). Niewyjaśniono, dlaczego także maj odznacza się wielką liczbą samobójstw. Co do rodzaju broni: Pierwsze miejsce zajmuje konnica (44·27‰) i pułk kolejowy (45·87‰), następnie piechota (39·82‰), dalej pionerzy, train, strzelcy, służba sanitarna, artylerya. — Uderzającą jest u konnicy szczególnie częstość samookaleczeń, co prawdopodobnie stoi w związku z uciążliwą służbą, która daje się we znaki głównie rekrutom. Co do pojedynczych krajów, to najmniej samookaleczeń wykazują kraje alpejskie, najwięcej Galicya i Bukowina. Co tutaj wchodzi w grę, czy narodowość, czy kultura lub religia, P. nie chce rozstrzygać. Niema nadziei, aby umyślne uszkodzenia się w wojsku zniknęły, lecz od roku 1895 widać przecie stanowczo zwrot ku lepszemu.

31. Prof. F. Scherer (Praga). **Porażenie rzekome Parrota w kile wrodzonej.** Parrot opisał w roku 1871—72 w kile wrodzonej porażenia, dotyczące szczególnie kończyn górnych, przyczem jednak czucie i oddziaływanie elektryczne mięśni jest zachowane. Dziecko nie porusza kończynami z powodu bólu, wywołanego przez swoiste zmiany w nasadach kostnych. Oprócz tego istnieją jednak podobne porażenia u dzieci z kiłą wrodzoną, gdzie zmian w kościach niema. Różni autorowie opisywali w takich razach rozmaite zmiany (wybroczyny, zwyrodnienia) w rdzeniu. Scherer w przypadku swoim znalazł zatory paciorkowcami w naczyniach rdzenia (i w innych narządach); wpływowi ich jadów na komórki zwojowe przypisuje on w danym przypadku powstanie porażenia.

32. V. Skalička (Praga). **O patogenezie półpaśca (herpes zoster).** W trzech przypadkach półpaśca, wyjętych z zestawień prof. Thomayera na czeskiej poliklinice, porównuje S. miejsca wystąpienia pęcherzyków z obszarami czucia skórnego, odpowiadającymi poszczególnym korzonkom (według schematu Marinesca). Zgodnie z wynikami Heada i Campbella (1900) dochodzi S. do wniosku, iż rzeczywiście istnieje zupełna zgodność między siedzibą półpaśca i stosunkami czucia skórnego i że przyczyną półpaśca jest zajęcie odpowiedniego korzonka (Baerensprung).

33. F. Procházka (Praga). **Samoistne pęknięcie serca.** Rzadkość pęknięcia serca wykazuje najlepiej statystyka: w czeskim zakładzie anatomii patolog. i zakł. med. sąd. znaleziono je pomiędzy 18.813 sekcyami tylko 11 razy (0·05%). Autor sam widział trzy przypadki: I. Kobieta 59-letnia; pęknięcie podwójne w następstwie rozmiękczenia mięśnia (*myomalacia*) po zatorze miażdżycowo zwyrodniałego naczynia wieńcowego. II. Mężczyzna 62-letni; ostry tętniak serca po zatorze naczynia wieńcowego i wynikającym stąd rozmiękczeniu mięśnia, pęknięcie tętniaka. III. Mężczyzna 62-letni; tętniak serca przewlekły w następstwie zapalenia śródsierdzia, przechodzącego na mięsień, zator paciorkowcami w ścianie tętniaka, rozmiękczenie ściany, pęknięcie.

34. V. Hüttel (Praga). **Leczenie operacyjne zwężeń błoniczych w pierwszem dziesięcioleciu w czeskiej klinice dla dzieci.** Na podstawie zestawienia z lat 1891—1900, w którym to czasie przyjęto na powyższą klinikę 1027 przypadków błonicy [operowano 391 przypadków = 38%], dochodzi H. do następujących wniosków: Obie operacye (tracheotomia i intubacya) połączone są z niebezpieczeństwem i trudnościami; żadna z nich nie chroni przed powikłaniami. Śmiertelność jest prawie jednakowa (zwykle przez powikłania płucne). U dzieci młodszych i w przypadkach łżejszych należy się pierwszeństwo intubacyi; intubacya może również poprzedzać tracheotomię. W razie braku umiejętnego dozoru jest tracheotomia zabiegiem pewniejszym nawet wtedy, jeżeli rurka często się zatyka. Lecz intubacyi również porzucać nie należy, gdyż obie operacye uzupełniają się. Poza kliniką, gdzie wszystko jest do tracheotomii przygotowane i gdzie krewni nie są obecni, jest intubacya bardzo ryzykowną.

35. Šoreys (Praga). **O ropniu płuc.** S. spostrzegał 9 przypadków ropnia płuc: 6 po zapaleniu, 1 po aspirowaniu wody w łaźni, 1 przy rozszerzeniu oskrzeli, 1 w zawale [infarkcie]. Ten ostatni wyleczył się zupełnie, 2 wypuszczono z kliniki bez gorączki z miernem wykrztuszaniem plwociny ropnej, 3 przypadki przeszły w stan przewlekły, 3 chorych umarło. Dla porównania przytacza Š. statystykę z zakładu anatomii patologicznej prof. Hlavy, gdzie między przeszło 10.000 zwłok znaleziono 260 ropni i 105 zgorzeli płucnych, i wylicza następnie drogi zakażenia w tych przypadkach.

36. J. Šebor (Praga). **Rak przełyku.** Podstawą odczytu tego jest materyał z oddziału prof. Maixnera i zakładu anatomii patologicznej. S. podnosi przedewszystkiem, że jeszcze przed dysfagią rak przełyku zapowiada się szeregiem niewyraźnych objawów (bóle w piersiach, bóle sięgające do łopatek lub do ramion, przypadłości żołądkowe itd.), i to szczególnie w przyp. raka wpustu. W dalszym przebiegu choroby zdarzają się nieraz okresy, w których dysfagia ustępuje na jakiś czas. Co do powikłań, to różne przedziurawienia do sąsiednich narządów wcale nie są tak rzadkie, jak zwykle się mówi. Również nie mógł Š. sprawdzić twierdzenia, jakoby rak przełyku odznaczał się małą skłonnością do przerzutów. Zajmujący objaw podwójnego zwężenia, z którym spotykamy się nieraz w przebiegu raka przełyku, ma swą przyczynę tylko w połowie przypadków w rzeczywistem podwójnem zwężeniu nowotworowem, w drugiej zaś połowie chodzi prawdopodobnie o skurcz odruchowy wpustu.

37. Prof. Reinsberg (Praga). **Mięśniak prążkowany serca.** Rzadki ten nowotwór znaleziono w czeskim zakładzie med. sądowej w czterech przypadkach. jako przyczynę nagłej śmierci: 1. Dziewczynka, licząca dni 14; śmierć nagła dnia 26/XI 1885; *rhabdomyoma teleangiectaticum* lewej komory. 2. Parobek 21-letni, śmierć nagła 21/XII 1894; nowotwór znajduje się również w ścianie komory lewej. 3. Dziewczyna 24-letnia, śmierć nagła 27/7 1898 przy pracy 4. Chłopak 11-letni umarł nagle 7/5 1895 bawiąc się. W oba tych przypadkach siedzibą nowotworu była przegroda serca.

38. Docent L. Haškovec (Praga). **Tyreoidyna i jej zastosowanie.** Tyreoidyna, wstrzyknięta do żyły, obniża parcie krwi i przyspiesza tętno. Pierwsze jest następstwem bezpośredniego działania na serce, drugie drażnienia nn. przyspieszających. Zastosowana wewnętrznie również przyspiesza tętno. W dalszym ciągu zaś jest tyreoidyna przyczyną szeregu objawów ujemnych t. zw. tyreoidyzmu. Według niektórych objawy zatrucia przy podawaniu tyreoidyny należy odnieść do sposobu jej przyrządzania (rozkład substancyi przez suszenie gruczołu).

Tyreoidyna działa przedewszystkiem na osobniki. u których czynność gruczołu tarczykowego jest nieprawidłową. Po wstrzykiwaniu tyreoidyny zauważyć można poprawę w tężyczce, cherze z braku gruczołu tarczykowego, najwięcej zaś w obrzęku śluzakowym. Zapomocą tyreoidyny starano się niekiedy w nowszych czasach przyspieszyć zrastanie się odłamków kostnych; wzmożona przemiana materyi pod wpływem tyreoidyny była przyczyną zastosowania tego przetworu jako środka przeciwko otyłości. H. spostrzegał w jednym przypadku sklerodemii i sklerodaktylii po tyreoidynie częściowe odbarwienie skóry i rozluźnienie stawów i skóry do pewnego stopnia.

39. L. Naxera (Praga). **Hippus i jego znaczenie.** Na 500 przypadków najrozmaitszych chorób stwierdzono na czeskiej poliklinice *hippus* 84 razy t. zn. w 16·8%. Wobec tak znacznej li-

czby nie można uważać zjawiska tego za stan patologiczny i nie można przywiązywać do niego wielkiej wagi rozpoznawczej. Co się tyczy powstawania tego zjawiska, to N. nie uważa go za odruch, wywołany przez zmienność w natężeniu światła, akomodacyi itp. lecz uważa go za zjawisko, zależne od sfery psychicznej. Np. jeżeli każemy komuś wpatrywać się w płomień, z reguły występuje zwężenie źrenic. Jeżeli zaś równocześnie zajmiemy umysł jego np. jakiemś zadaniem matematycznem, to pomimo ciągłego działania światła w 23 przypadkach na 30 widać rozszerzenie lub drganie źrenic. N. tłómaczy to w ten sposób, iż odwracając uwagę od płomienia, zamieniamy synergię na unerwienie mięśni śródgałkowych, względnie uwydatniamy przez to więcej działanie ośrodka rozszerzającego w korze mózgowej. Oczywiście należy przypuścić wzmożoną wrażliwość środka tego wobec bodźców psychicznych. (C. d. n.)

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, dn. 23 sierpnia.

— Redaktor główny „Przeglądu lekarskiego" Dr. August Kwaśnicki powrócił do Krakowa i objął swe czynności.

— Rządowy dziennik „Berliner Correspondenz" omawiając wykład Kocha na londyńskim zjeździe w sprawie zwalczania gruźlicy, podaje, że o wynikach badań swoich Koch zawiadomił już z początkiem lipca niemieckie władze rządowe, prosząc o wyznaczenie komisyi, któraby nadzorowała i sprawdzała jego pracę; do komisyi tej należeli między innymi Virchow i Bollinger. Wówczas też postanowiły niemieckie władze rządowe zarządzić na większą skalę dalsze badania, których dokładny plan już wypracowano. Dotychczas obowiązujące w Niemczech przepisy sanitarne, dotyczące mleczywa, nie ulegną jednak zmianie, tem mniej, że ukończenia badań, zarządzonych przez władze niemieckie, oczekiwać można może dopiero za lat kilka. Jak dotychczas więc obowiązane będą mleczarnie niemieckie i nadal do wyjaławiania mleka; również zaleca „Berliner Correspondenz" publiczności nie zaniedbywać przegotowywania mleka przed użyciem, choćby ze względu na inne zarazki, mogące prócz prątków gruźliczych znajdować się w mleku. *(Deutsch. med. Wochs.* Nr. 33).

Byłoby rzeczą pożądaną, aby przytoczone zapatrywania niemieckich władz sanitarnych doszły także i u nas do wiadomości szerokiego ogółu.

— Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem pod kierownictwem Dr. Dłuskiego znajduje się już pod dachem i ma być otwarte w jesieni r. 1902.

— Kol. Dr. Ludwik Czernichowski z Orszy ofiarował Bibliotece Tow. lek. krak. kilkadziesiąt tomów polskich czasopism lekarskich („Gazety lek." „Medycyny" i „Kliniki"). Za hojny ten dar tem serdeczniejsze składam Mu podziękowanie, że są to tomy, brakujące naszej Bibliotece, a w handlu księgarskim i antykwarskim zupełnie wyczerpane.

Dr. L. K. Gliński, Bibliotekarz Tow. lek. krak.

Mianowania i odznaczenia: Prof. patologii zewnętrznej, Dr. Baudry, mianowany profesorem kliniki okulistycznej w Lille; Dr. Packard profesorem otyatryi w Filadelfii.

Zmarli: Profesor chirurgii Fontorbe w Rochefort; profesor chirurgii Saliczew w Tomsku; docent chirurgii Marston w N. Jorku; profesor anatomii porównawczej Ciaccio w Bolonii.

Bibliografia.

Bernhardt R. **Rzeżączka czyli tryper i jego leczenie.** Warszawa Wende i Ska. 1901. Cena 30 kop. Zaczynając od patologii opisuje autor dokładnie, a nader przystępnie i zrozumiale, objawy kliniczne rzeżączki ostrej i przewlekłej, dalej jej cechy rozpoznawcze, powikłania, pojawiające się tak często wśród jej przebiegu, wreszcie zachowanie się, sposoby leczenia i nieliczne, a mało skuteczne środki zapobiegawcze. W ustępie końcowym obok sposobów chronienia się przed zakażeniem, przestrzega również przed spółkowaniem w okresie istnienia rzeżączki, opisując ciężkie zazwyczaj następstwa zakażenia rzeżączkowego u kobiet. Książeczka niniejsza jest wydaniem popularnem, przeznaczonem zatem dla cierpiących na rzeżączkę w celu zwrócenia ich do lekarza. Trudno jednak przypuścić, aby broszurka ta zadość uczyniła swemu zadaniu, bo chorego, który wedle twierdzenia autora lekceważy chorobę i do lekarza chętnie się nie udaje, nie skłoni chyba do tego książeczka, z której chory dowiedzieć się może o środkach leczniczych i sposobie zachowania się wśród choroby; te zaś znowu podane ogólnie, a nie zastosowane do danego przypadku, nie mogą być dostateczne, — przeto chorego nie uleczą, a dają mu w ręce środki, które nieumiejętnie użyte mogą raczej zaszkodzić, niż pomódz. Oprócz tego nie można jednak dziełku żadnego zrobić zarzutu; sumienne opracowanie, jasny wykład i poprawny język składają się na udatną zresztą całość. *F. K.*

— *Przegląd dentystyczny* Nr. 7. Łepkowski i Wachholz: O zębach pod względem sądowo-lekarskim.

— *La Presse médicale* Nr. 63: Carrière: Paramyoclonus multiplex. Busquet: Badania przenoszenia się meningokoka drogami oddechowemi. Nr. 64: Bezy i Stoianoff: Leczenie gruczołem tarczykowym w obrzęku śluzakowym. Longuet: Aseptyka rąk w chirurgii.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 33: Pertot: W sprawie badania krwi przy łożu chorego. Alexander: O otwieraniu wyrostka sutkowego w znieczuleniu sposobem Schleicha. Halle: Przyczynek do nauki o *xeroderma pigmentosum* (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 33. Leser: Spostrzeżenia co do nowotworów złośliwych, w szczególności raków. Krecke: Vioform, nowy środek zastępujący jodoform. Schattenfroh i Grassberger: W sprawie szelestnicy. Gebele: W sprawie leczenia niedrożności jelit zapomocą atropiny. Pritchard: Przypadek zatkania jelita przez kamień żółciowy; wyleczenie zapomocą atropiny. Aronheim: Niedrożność jelit a atropina. Pincus: Przypadek przejściowej ślepoty ołowiczej. Batsch: Sztuczne zęby w przełyku. Niewerth: W sprawie kiłowej rwy kulszowej i jej leczenia. Fütterer: Pierwszeństwo wykazania prątków durowych w treści woreczka żółciowego i wyjaśnienia przyczyny nawrotów duru. Flade: O użyciu zgłębnika żołądkowego przy wrzodzie okrągłym. Lautenschläger: W sprawie stosowania suchego powietrza w przewlekłych ropieniach ucha środkowego. Schulz: Przyczynek historyczny do sprawy leczenia niedrożności jelit zapomocą przetworów wilczej jagody.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 32. Grunow: O zastosowaniu podskórnych wstrzykiwań żelatyny przeciw krwotokom. Bernhard M: O współruchach mięśni powieki i nosa. Mendel: O operacyi zaćmy u starców. Bonhoeffer: W sprawie patogenezy obłędu opilczego. Maas: O zmianach układu nerwowego ośrodkowego po podwiązaniu naczyń gruczołu tarczykowego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Główny skład dla Galicyi i Bukowiny:

Pomiędzy naturalnemi wodami szczawowemi zajmuje

Woda

Krondorfska

alkaliczna szczawa podług analiz naszych pierwszych powag jakościowo naczelne miejsce.

Perlberger Schenker Kraków, Poselska 15

Do nabycia we wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Woda Krościeńska ze zdroju Stefana

o bardzo korzystnym składzie chemicznym i nader miłym smaku, poleca się jako woda krajowa opiece i pamięci P. T. lekarzy polskich.

Zamówienia przyjmuje także Zarząd Zdrojowy w Krościenku nad Dunajcem.

Lecznica Dra A. Tarnawskiego

w Kosowie za Kołomyją

(stacya kolei Zabłotów)

otwarta od 1-go maja do końca października.

Środki: leczenie wodą i inne fizykalno-dyetetyczne.